



CATÓLICA PORTO
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA E SAÚDE MENTAL: FOLLOW-UP 1 ANO APÓS A REALIZAÇÃO DE UMA INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de Mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Inês Castro Henriques Pinto Machado

Porto, Julho de 2012



CATÓLICA PORTO
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

*SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA E SAÚDE
MENTAL: FOLLOW-UP 1 ANO APÓS A
REALIZAÇÃO DE UMA INTERRUPÇÃO
VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ*

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de Mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Inês Castro Henriques Pinto Machado

Efectuado sob a orientação de

Prof. Dr.^a Maria Raul Lobo Xavier

Porto, Julho de 2012

INÊS PINTO-MACHADO

Faculdade de Educação e Psicologia, Universidade Católica Portuguesa, Porto.

Resumo

A presente investigação tem como principais objectivos a compreensão da vivência de uma Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) um anos após a sua realização e a percepção pessoal do seu impacto efectivo na saúde mental, na saúde sexual e nas relações íntimas. A orientação metodológica aqui proposta é do tipo qualitativo, baseando-se, para a recolha de dados, na realização de entrevistas semi-estruturadas via telefónica a 6 mulheres que realizaram uma IVG há um ano, recrutadas através do Serviço de Ginecologia Obstetrícia de um hospital da área metropolitana do Porto. Após a sua transcrição integral, o conteúdo das entrevistas foi tratado e analisado, com o apoio do software NVIVO 9.0. Desta análise de conteúdo semi-indutiva emergiram cinco grandes temas: Impacto da experiência de IVG, Suporte Social, Planeamento Familiar, Processo de IVG e Importância da investigação sobre IVG. O impacto da IVG na saúde mental centra-se na manifestação temporária de reacções emocionais negativas, mas também positivas, não havendo relatos de recurso a acompanhamento psicológico, medicação psiquiátrica ou a alterações significativas no consumo de substâncias após a IVG. Todas as mulheres afirmam ter comparecido na consulta de planeamento familiar e todas alteraram a postura e o comportamento adoptado em relação à contracepção. O posicionamento face à IVG após a experiência é tendencialmente a favor, ainda que com sensibilidade face à dificuldade do processo acrescida. Quanto às relações interpessoais e ao suporte social, a sua influência na adaptação da mulher à IVG é variável, embora dependa, essencialmente, da percepção do apoio prestado. A generalidade das mulheres, passado um ano, afirma ter lidado bem com a experiência.

Palavras-chave: interrupção voluntária da gravidez; saúde mental; saúde sexual; relações íntimas; investigação qualitativa.

INÊS PINTO-MACHADO

Faculdade de Educação e Psicologia, Universidade Católica Portuguesa, Porto.

Abstract

The present study's main objectives are to understand the experience of a Voluntary Interruption of Pregnancy (IVG) one year after its completion and the personal perception of its actual impact on mental and sexual health and intimate relationships. The methodological orientation proposed here is a qualitative approach, based on semi-structured interviews via telephone. The study includes six women who had an abortion a year ago, recruited through the Department of Obstetrics Gynecology, from a hospital in the metropolitan area of Porto, Portugal. After the transcript of the interviews, the content was analysed with the support of NVIVO 9.0 software. From the semi-inductive analysis five major themes emerged: Impact of the Abortion Experience, Social Support, Family Planning, Abortion Process and Importance of Abortion Research. The results showed that the impact of abortion on mental health focuses on the temporary manifestation of negative and positive emotional reactions, without reports of psychological counselling, psychiatric medication or significant changes in substance use after the abortion. All women have attended to the family planning counselling and they all changed their attitude and behaviour related to contraception. After the experience of an abortion, women tend to develop or maintain a favourable opinion about the women's right to choose an abortion, although there is an increased sensitivity related to the difficulty involved in the process. In regards to the impact of the interpersonal relationships and social support on adjustment to abortion, there are positive and negative responses. However, it depends on the perceived support. Generally speaking, one year after the abortion, women say that they coped well with the experience.

Key words: induced abortion; mental health; sexual health; intimate relationships; qualitative research.

Índice

Introdução	1
PARTE I – Revisão Bibliográfica	
1. Enquadramento Conceptual.....	3
2. Saúde Mental e IVG.....	5
3. Planeamento familiar, Contracepção e IVG.....	7
4. Relações Íntimas, Saúde Sexual e IVG.....	10
5. Suporte Social e IVG.....	12
PARTE II – Estudo Qualitativo	
1. Objectivos e questões de Investigação.....	14
2. Fundamentação teórica da metodologia.....	15
3. Metodologia	
3.1. Participantes	17
3.2. Instrumentos	18
3.3. Procedimentos.....	18
4. Resultados.....	20
5. Análise e Discussão dos Resultados.....	25
Conclusão.....	48
Bibliografia.....	51
Anexos.....	60

Anexos

ANEXO I – Interrupções Voluntárias da Gravidez realizadas entre 2007 e 2011

ANEXO II – Guião da Entrevista

ANEXO III – Consentimento Informado

ANEXO IV – Sistema Geral de Categorias

ANEXO V – Descrição de Categorias

ANEXO VI – Esquematização da Análise do Conteúdo

ANEXO VII – Resultados relativos à Contracepção pré e pós-IVG

Introdução

Por todo o mundo, dada a complexidade legal, filosófica, religiosa e da saúde associada ao fenómeno, a Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) é regulamentada de diferentes formas e lida à luz de diferentes perspectivas, não sendo por isso possível considerá-la uma temática constante ou imutável. Deste modo, tendo em conta a complexidade do fenómeno da IVG e a sua variabilidade pelo mundo, que lhe confere a impossibilidade de uma generalização inter-cultural, através do presente estudo procura-se compreender a experiência do processo de IVG, 1 ano após a sua realização, aprofundando para tal a percepção do seu impacto na saúde mental, no planeamento familiar, nas relações íntimas e interpessoais e no suporte social prestado à mulher, através da promoção da reflexão retrospectiva de todo o processo de IVG.

Em Portugal, desde Maio de 2007, após um referendo nacional, tornou-se legal o recurso à IVG, por opção da mulher, com o limite temporal das 10 semanas de gestação (Lei 16/2007). Actualmente, a legislação portuguesa relativa a esta problemática, contempla a existência obrigatória de um período de reflexão entre a consulta prévia, realizada no primeiro contacto com o estabelecimento de saúde legalmente autorizado, e o início do processo de interrupção. Para além disso, uma vez que esta transformação legal surgiu com o principal propósito de combater o problema social e de saúde que é a prática de abortos clandestinos, a regulamentação da IVG passa, hoje em dia, pela integração com uma política de planeamento familiar, sendo obrigatório o reencaminhamento da mulher para uma consulta de planeamento familiar e a difusão de informação sobre os métodos contraceptivos existentes.

A IVG distingue-se de outros tipos de interrupção da gravidez alvos de investigação científica e referenciados na literatura, tais como: o aborto espontâneo, o aborto terapêutico, termo tipicamente utilizado para designar interrupções voluntárias da gravidez realizadas por razões médicas (e.g.: protecção da saúde da mãe ou malformação do feto) (Dollar, 1997; Major, Appelbaum, Beckman, Dutton, Russo & West, 2009).

De um modo geral e abreviado, a investigação realizada até à actualidade a respeito da IVG, tem vindo a focar-se, essencialmente, no seu impacto na saúde mental da mulher (e.g.: Moseley, Follongstad, Harley & Heckel, 1981; Cogle, Reardon, Coleman & Rue, 2005; Fergusson, Horwood & Ridder, 2006), mas também na relação entre esta opção reprodutiva e as questões associadas ao planeamento familiar (e.g.: Henshaw, Singh & Haas, 1999; Marston & Cleland, 2003). Mais tarde, após a confirmação de que a influência na dimensão da saúde mental não parece traduzir, necessariamente, o desenvolvimento de quadros psicopatológicos (Adler,

David, Major, Roth, Russo & Wyatt, 1992), como é o caso do designado “Síndrome Pós-Aborto” (Speckhard & Rue, 1992), sendo esta perspectiva substituída pela eventual experiência de algumas reacções emocionais negativas (e.g.: Adler, David, Major, Roth, Russo & Wyatt, 1992; Major & Cozzarelli, 1992; Rue, Coleman, Rue & Reardon, 2004), tendencialmente transitórias (Frye, 1993), algumas investigações mais recentes focalizaram o impacto da IVG nas relações interpessoais, nomeadamente na relação íntima com o companheiro (e.g.: Lauzon, Roger-Achim, Achim, & Boyer, 2000; Bradshaw & Slade, 2003) e a sua influência no funcionamento sexual (e.g.: Miller, 1992; Bianchi-Demicheli, Perrin, Lüdicke & Campana, 2001; Boesen, Rørbye, Nørgaard & Nilas, 2004), mas também a influência e o papel do suporte social no decorrer do processo de IVG (e.g.: Major, Cozzarelli, Sciacchitano, Cooper, Testa & Mueller, 1990; Söderberg e Col., 1998; Dykes, Slade & Haywood, 2011). Posteriormente, tendo em vista a eventual manutenção do impacto da IVG à medida que a mulher se distancia temporalmente do acontecimento (e.g.: Uma vez que os efeitos negativos da IVG se estendem no tempo (Miller, Pasta & Dean, 1998) e que, tendencialmente, se verifica a intensificação das emoções negativas e o atenuamento da sensação de alívio e dos sentimentos positivos relacionados com a experiência um e dois após o aborto (e.g.: Miller, 1992; Miller e Col., 1998; Major, Cozzarelli, Cooper, Zubek, Richards, Wilhite & Gramzow, 2000), foi evidenciada a pertinência da adopção de metodologias longitudinais no estudo desta temática, procurando assim compreender a longevidade do impacto da IVG na mulher.

É importante salientar que devido ao facto do fenómeno da IVG estar associado a valores morais e a ideologias políticas, as diferentes perspectivas relativas ao impacto que este tem na vida das mulheres, podem estar frequente e fortemente influenciadas pelas posições pró-vida e pró-aborto (ex.: Cosme & Leal, 1998, cit. in Patrão, King e Almeida, 2008). Tendo consciência deste possível constrangimento, neste trabalho de investigação, sustentado pelo genuíno interesse de dar voz aos peritos experienciais para melhor compreender o impacto da experiência de IVG, sublinha-se a necessidade de aprofundar a temática tão recentemente legalizada, uma vez que a investigação nacional a este nível é ainda extremamente escassa e que pouco se sabe sobre a vivência da experiência e sobre os cuidados de saúde prestados nesta área em Portugal. Para além disso, embora a IVG seja já amplamente estudada a nível internacional, o facto dos dados referentes às diferentes dimensões e aspectos associados à problemática se apresentarem a maioria das vezes como pouco consensuais, conduz a uma necessidade e responsabilidade acrescida face ao aprofundamento e compreensão da IVG na realidade portuguesa. Assim se assume, desde já, o compromisso de atribuir esforço e

atenção acrescidos à recolha, análise e interpretação dos dados recolhidos, de modo a desenvolver uma abordagem clara e livre de ideologias, que não comprometa a validade dos resultados e todo o valor contributivo deste estudo para a investigação nacional.

Sendo a IVG um dos maiores dilemas de direitos humanos do nosso tempo, a investigação científica sobre o tema e o conhecimento aprofundado sobre a problemática são pois imperativos.

Assim, de acordo com o propósito apresentado, o presente trabalho será organizada em duas partes distintas. A primeira parte dará lugar à revisão bibliográfica acerca da IVG, considerando para tal as questões de investigação enunciadas e as diferentes dimensões a serem exploradas (ex.: saúde mental, planeamento familiar e contraceção, relações interpessoais), sendo posteriormente apresentado o estudo qualitativo realizado sobre a temática da IVG, contemplando uma pormenorizada descrição da metodologia utilizada, assim como uma análise extensiva e aprofundada dos resultados obtidos e breve reflexão crítica acerca das principais conclusões do estudo.

PARTE I – Revisão Bibliográfica

1. Enquadramento Conceptual

Em Portugal, até ao ano de 1984 a IVG era uma prática legalmente proibida, tendo nesse ano passado a ser permitida em situações específicas nas quais havia perigo de vida ou perigo de lesão grave e duradoura para a saúde física e psíquica da mulher, malformação fetal ou quando a gravidez era resultado de uma violação (Lei 6/84). Em 1997 a lei referente à IVG sofreu leves alterações relacionadas com os prazos limites para a realização desta prática nos casos específicos de violação (16 semanas de gestação) e de malformação do bebé (24 semanas de gestação) e em Junho de 1997 foi realizado o primeiro referendo nacional acerca da despenalização da IVG e, de acordo com os votos, a lei não foi aprovada.

Foi apenas a 14 de Maio de 2007, após um segundo referendo nacional, que a nova lei da despenalização do aborto foi promulgada pelo Presidente da República. A prática da IVG deixou então de ser punível, mesmo que fora das situações específicas contempladas na lei 6/84, desde que realizada, por opção da mulher (com o seu consentimento), nas primeiras 10 semanas de gestação, em estabelecimentos de saúde oficial ou oficialmente reconhecidos, não sendo relevantes para o efeito as razões que levam a mulher a tomar a decisão da interrupção. Está também explícito que é obrigatório haver um período mínimo de reflexão de três dias, e é recomendável a disponibilização de um serviço de acompanhamento psicológico e de assistência

social (Lei 16/2007). Durante este acompanhamento tem de ser fornecida à mulher toda a informação necessária para uma tomada de decisão livre e esclarecida, nomeadamente, sobre o período de gestação do embrião, os procedimentos médicos utilizados para a IVG e as possíveis consequências desta para a sua saúde física e psíquica; assim como sobre as condições de apoio que o Estado pode dar à prossecução da gravidez e maternidade, como é o caso da adopção ou apoios sociais à maternidade. Posteriormente, 2 semanas após a IVG, é ainda obrigatório o comparecimento da mulher numa consulta de planeamento familiar (Lei 16/2007). Importante salientar que dentro deste quadro jurídico de despenalização da IVG até às 10 semanas de gestação, se concede às mulheres que tenham realizado uma IVG o direito a licença entre 14 a 30 dias, e que são punidos os casos de aborto provocado por terceiros com ou sem o consentimento da grávida (2/3 anos prisão), assim como a prática de IVG ilegal (3 anos de prisão).

Após um período de declínio substancial entre 1995 e 2003, de acordo com Sedgh, Henshaw, Singh, Bankole, & Drescher (2007), a taxa de IVG mundial estagnou entre os anos 2003 e 2008, estando agora à volta dos 42 milhões por ano. Ao contrário da tendência decrescente apresentada em alguns países desenvolvidos como a Dinamarca, a Finlândia, a França, a Itália e o Japão (Henshaw, Singh & Haas, 1999; Sedgh e Col., 2007), em Portugal, passados quase 5 anos desde a despenalização da IVG, não parece haver uma diminuição da sua taxa anual, uma vez que, de acordo com o mais recente Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez ao abrigo da Lei 16/2007 de 17 de Abril, em 2008 foram registadas 18014 IVG, em 2009 foram registadas 19222, em 2010 foram registadas cerca de 19560 e em 2011 19802 (DGS, 2012) (ANEXO I).

No caso dos países acima citados, a diminuição das taxas de IVG após a legalização parece estar relacionada com a melhoria do acesso aos serviços de contracepção e planeamento familiar subjacentes à criação da Rede Nacional (Henshaw, Singh & Haas, 1999; Oliveira da Silva, 2009). Em Portugal, o facto da taxa anual de IVG apresentar uma tendência crescente, poderá, eventualmente, ser explicada pelo facto de algumas mulheres, que dantes recorriam a clínicas clandestinas para realizarem interrupções à margem da lei, hoje poderem recorrer ao sistema de saúde público, passando assim a fazer parte das estatísticas, ou, por outro lado, poderá ser a tradução de uma lacuna nos serviços de planeamento familiar e contracepção prestados à comunidade.

Deste modo, segue-se agora uma breve apresentação e conceptualização dos temas centrais nos quais este estudo se vai centrar (Saúde Mental, Planeamento familiar, Contracepção, Relações Íntimas, Saúde Sexual e Suporte Social) e a revisão

bibliográfica da investigação realizada ao longo dos anos focada na relação da IVG com as diferentes dimensões apresentadas.

2. Saúde Mental e IVG

Decorrentes da prática clínica e da investigação científica, podem ser distinguidas duas diferentes perspectivas acerca do efeito da experiência de IVG nas mulheres. Por um lado, as consequências emocionais do fenómeno podem ser encaradas numa lógica psicopatológica, por outro, o fenómeno pode ser considerado como um acontecimento de vida potencialmente stressante que, embora possa consistir numa ameaça para o sujeito, não conduz, necessariamente, ao desenvolvimento de um quadro psicopatológico (Adler e Col., 1992).

Revendo a literatura sobre o impacto psicológico da IVG nas mulheres que recorrem a esta prática, numa perspectiva ampla, conclui-se que grande maioria das mulheres, de facto, não desenvolve, quadros psicopatológicos concretos na sequência desta intervenção (Adler e Col., 1992; Adler, Ozer & Tschann, 2003; Bradshaw & Slade, 2003; Ashok, Hamoda, Flett, Kidd, Fitzmaurice & Templeton, 2005). É no entanto inegável que um processo de IVG, marcado pela condição inicial de gravidez indesejada (Miller, 1992), pela tomada de decisão (Miller, 1992; Bracken, Klerman & Bracken, 1978, Smetana & Adler, 1979, cit. in Coleman, Reardon, Strahan & Cogle, 2005) e pelo subsequente processo de ajustamento, mediado por mecanismos internos e externos (Miller, 1992), está, na maioria das vezes, associado a reacções emocionais negativas (Adler e Col, 1992; Major & Cozzarelli, 1992; Zolese & Blacker, 1992, cit. in Coleman, Reardon, Strahan & Cogle, 2005; Lewis, 1997; Rue, Coleman, Rue & Reardon, 2004), e a um aumento do risco de desenvolvimento de problemas como ansiedade (Moseley e Col., 1981; Coleman & Nelson, 1998; Fergusson, Horwood & Ridder, 2006), depressão (Moseley e Col., 1981; Reardon & Cogle, 2002; Cogle e Col., 2003; Thorp, Hartmann & Shadigian, 2003), perturbações do sono (Rue e Col., 2004), uso/abuso de substância (Reardon & Ney, 2002; Coleman, Reardon, Rue & Cogle, 2002), suicídio (Reardon, Cogle, Ney, Scheuren, Coleman & Strahan, 2004) e sentimentos de arrependimento e culpa, que tendem a ser transitórios (Frye, 1993).

As reacções menos favoráveis à IVG estão associados a factores de risco pessoais como: baixa auto-estima e auto-eficácia (Major, Cozzarelli, Sciacchitano, Cooper, Testa & Mueller, 1990; Cozzarelli, Karrasch, Sumer & Major, 1994); locus de controlo externo (Cozzarelli, 1993) história de problemas psiquiátricos e psicológicos (Speckhard & Rue, 1992) ou história de relações disfuncionais e/ou abusivas (Allanson & Astbury, 2001, Russo & Denious, 2001, cit. in Coleman e Col., 2005). Estão ainda

identificados como factores de risco a crença em valores religiosos e morais que estejam em desacordo com a prática da IVG (Osofsky & Osofsky, 1972; Bogen, 1974, cit. in Coleman e Col., 2005), ambivalência e pressão externa no processo de tomada de decisão da IVG (Osofsky & Osofsky, 1972; Bracken, 1978, cit. in Coleman e Col., 2005) e a sua ocorrência na adolescência (Adler e Col., 1992; Fine-Davis, 2008; Coleman e Col., 2005). Ainda outras variáveis como a desejabilidade da gravidez (Adler e Col., 1992; Lyndon, Dunkel-Schetter, Cohan & Pierce, 1996, Remennick & Segal, 2001, cit. in Coleman e Col., 2005), a percepção de falta de suporte parental ou conjugal após a IVG (Söderberg, Janzon & Sjöberg, 1998; Adler e Col., 1992; Major e Col., 1990; Major & Cozzarelli, 1992), assim como o tempo de gestação em que esta é realizada (Adler e Col., 1992), parecem também influenciar a vivência pessoal do fenómeno.

Paralelamente à ideia de que a IVG consiste num acontecimento de vida stressante, gerador de alguma ansiedade e culpa (Adler, David, Major, Roth, Russo, & Wyatt, 1990), outros autores defendem que esta pode também ser entendida como uma experiência positiva de crescimento e de maturidade pessoal (Alex & Hammarström, 2004), de aumento de auto-estima (Freeman, 1977, cit. in Russo and Zierk, 1992; Major, Cozzarelli, Cooper, Zubek, Richards, Wilhite, & Gramzow, 2000; Cozzarelli, Sumer, & Major, 1998) e de alívio (Adler, 1975, cit. in Coleman, 2005; Russo & Zierk, 1992; Russo & Dabul, 1997; Kero, Högberg, Jacobsson & Lalos, 2001; Kero, Hogberg & Lalos, 2004), uma vez que desempenha um importante papel no controlo da fertilidade e do planeamento familiar e que, à luz do Modelo Transaccional de Stress de Lazarus e Folkman (1984), ocorre como resposta à percepção de ameaça e de falta de recursos para lidar com a situação de gravidez e/ou maternidade.

Na literatura, o facto de ser mãe solteira (Soderberg e Col., 1997; Torres & Forrest, 1988, cit. in Coleman e Col., 2005); considerar que a maternidade iria interferir com o futuro da actual relação íntima, da formação profissional, da carreira e outros planos de vida pessoais (Faria, Barrett & Goodman, 1985; Allanson & Astbury, 1995, Patterson, Hill & Maloy, 1995, cit. in Coleman e Col., 2005); não se sentir preparada para a maternidade (Faria e Col., 1985; Kero e Col., 2001); ser jovem (Faria e Col., 1985); manifestar o desejo de adiar o nascimento (Tornbom, Ingelhammar, Lilja, Moller & Svanberg, 1994; Kero e Col., 2001;) e dificuldades financeiras (Faria e Col., 1985) são frequentemente apresentadas como motivos pessoais associados à tomada de decisão de IVG. Alguns estudos (Russo, Horn & Schwartz, 1992, cit. in Coleman, Rue & Coyle, 2009; Sihvo, Bajos, Ducot, & Kaminski, 2003) evidenciaram ainda a

percepção da relação íntima como instável, conflituosa e/ou temporária, como factores muitas vezes decisivos associados à decisão de abortar.

3. Planeamento familiar, Contracepção e IVG

Uma vez que a IVG tende a ser precipitada pela ocorrência de uma gravidez indesejada, e que, de acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (2009) esta taxa tem vindo a aumentar em todo o mundo, muitos estudos internacionais nesta área têm vindo a debruçar-se sobre questões relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva, mais especificamente com o planeamento familiar e a contracepção (e.g. Henshaw, Singh & Haas, 1999; Marston & Cleland, 2003).

De acordo com a World Health Organization (WHO), planeamento familiar designa o recurso a medidas que permitem aos indivíduos antecipar e regular o número de filhos que pretendem ter, assim como o espaçamento entre gravidezes pretendido, de modo a poder usufruir do bem-estar físico e psíquico. Deste modo, e segundo a definição da Direcção-Geral da Saúde (1998), o planeamento familiar consiste numa actividade de Saúde Familiar integrada nos Cuidados de Saúde Primários, e integra vertentes como a contracepção, os tratamentos de infertilidade e também a própria IVG.

Em Portugal, de acordo com o Sistema Nacional de Saúde, as consultas de planeamento familiar estão disponíveis, de forma gratuita, tanto nos Centros de Saúde como em alguns Hospitais e Maternidades, e estão destinadas a qualquer mulher ou casal que pretenda evitar uma gravidez ou se, pelo contrário, sofre de infertilidade e pretende engravidar. (DGS, 2011).

O foco da investigação na contracepção permitiu concluir que a gravidez indesejada e subsequente recurso à IVG resultam maioritariamente de uma falha na contracepção (Bajos & Ferrand, 2002, cit. Moreau, Trussel, Desfreres, & Bajos, 2010), podendo ser consequência da falta de conhecimento no que diz respeito à variedade e às regras de utilização de métodos contraceptivos eficazes (Henshaw e Col., 1999; Marston & Cleland, 2003), da dificuldade de acesso aos serviços de planeamento familiar e das atitudes negativas acerca da contracepção (Patel & Kooverjee, 2009), assim como da dificuldade, por parte das mulheres, de negociarem com os parceiros o uso do preservativo (Bajos, Lamarche-Vadel, Gilbert, Ferrand, COCON Group & Moreau, 2006). Também o recurso a algumas técnicas de planeamento familiar naturais altamente falíveis (Ingelhammar, Möller, Svanberg, Törnbohm, Lilj, & Hamberger, 1994, Savonius, Pakarinen, Sjöberg & Kajanoja, 1995, Kero, Hoegberg, Jacobsson & Lalos, 2001, cit. in Kero & Lalos, 2005) parece estar associado à ocorrência e gravidezes indesejadas.

Em 2002, Bajos e Ferrand (cit. in Moreau, Trussel, Desfreres & Bajos, 2010) identificaram a falta de percepção do risco de engravidar como sendo a razão mais frequente para a não utilização de contracepção no período pré-IVG.

No que toca à decisão de não utilização de métodos contraceptivos, alguns autores apontam para a existência de um modelo de decisão segundo o qual a mulher decide que os benefícios da opção pela não utilização se sobrepõem aos riscos associados à gravidez (Luker, 1978, cit. por Hawkins, Matteson & Tabeek, 1995), para o papel da desaprovação social ou familiar do recurso à contracepção (Hawkins e Col., 1995) e ainda, para a influência do conhecimento prévio dos efeitos secundários associados à utilização de determinados métodos contraceptivos, e a percepção do seu grau de interferência na auto-imagem, expressão sexual ou estilo de vida da mulher (Hawkins e Col., 1995). Para Larsson, Aneblom, Odling, e Tydén (2002) as gravidezes indesejadas, ocorrem devido ao facto de muitas mulheres acreditarem que não podem engravidar e, por isso, não haver recurso a qualquer método contraceptivo; enquanto outros autores referenciam que estas podem também ser resultado de um desejo inconsciente feminino de engravidar (Blumenfield, 1978, cit. in Kero & Lalos, 2005). Por outro lado, para Tornbom e Moller (1999), a gravidez indesejada resulta, essencialmente, não da falta de informação ou conhecimento acerca da contracepção, mas sim de uma falha ao nível da integração entre os conhecimentos e alguns factores situacionais, intrapsíquicos e sociais específicos.

Numa pesquisa mais recente, a falta de reconhecimento do risco de gravidez e o facto da actividade sexual entre o casal não ser planeada foram evidenciadas como as principais razões para não haver recurso à contracepção (Moreau e Col., 2010), sendo que em alguns outros casos a gravidez pode também ser resultado directo do uso incorrecto ou inconsistente da pílula.

Ainda no mesmo âmbito, Singh e Sedgh (1997) avaliaram a interacção entre contracepção e IVG e concluíram que esta podia apresentar dois cenários distintos: um aumento no uso de contraceptivos associado ao decréscimo ou estabilização das taxas de IVG ou, por outro lado, o uso crescente de contraceptivos, que acompanha o decréscimo do nível de fertilidade e o desejo de uma família cada vez menor, associado ao crescimento das taxas de IVG. Nesta segunda perspectiva, e de acordo com Marston e Cleland (2003), a IVG, à semelhança da contracepção, representa para as pessoas também uma forma de regulação da reprodução e da fertilidade, funcionando muitas vezes como um método contraceptivo.

Tendo sobretudo em consideração a realidade portuguesa e a obrigatoriedade da comparência numa consulta de planeamento familiar após a IVG, ditada pelo decreto-lei nº 16/2007, a IVG pode ser entendida como uma oportunidade para cada

mulher rever (Moreau e Col., 2010), ou adoptar, as práticas de contracepção, uma vez que, de acordo com a investigação internacional, o recurso a métodos contraceptivos neste grupo de mulheres tende a ser mais elevado do que naquelas que nunca praticaram uma IVG (Osler, Morgall, Jensen, & Osler, 1992, Ingelhammar, Möller, Svanberg, Törnbom, Lilj, & Hamberger, 1994, cit. in Kero & Lalos, 2005; Bajos e Col., 2006).

Embora, por um lado, pareça evidente que o acompanhamento pós-IVG aumente efectivamente a percentagem de mulheres que recorre à contracepção (Fasubaa & Ojo, 2004, cit. in Lang, Joubert, & Prinsloo, 2005), um estudo de natureza qualitativa realizado no Reino Unido (Kumar, Baraitser, Morton, & Massil, 2004, cit. in Lang, Joubert, & Prinsloo, 2005) salientou o facto de muitas mulheres não comparecerem nesta consulta, diminuindo assim o efeito desta. A falta de comparência a este tipo de consultas pode estar relacionada com a falta de interesse ou motivação por parte da mulher em prevenir uma nova gravidez ou, por outro lado, pode dever-se ao facto da mulher não manter a actividade sexual ou decidir engravidar (Ferreira, Lemos, Figueiroa & Souza, 2009).

Um importante estudo realizado (Kero & Lalos, 2005), focando a análise do impacto da IVG na contracepção, mas também na relação com o parceiro e na satisfação sexual, atestou que se verifica um crescimento no uso de contraceptivos um ano após a intervenção. Embora estes autores evidenciem o preservativo como sendo o método mais utilizado após a IVG, no que diz respeito à opção por outros métodos contraceptivos, Spinelli, Talamanca e Lauria (2000) afirmam haver uma tendência das mulheres mais velhas para optar pelo Dispositivo Intra-Uterino, enquanto que mulheres mais jovens tendem a eleger a pílula.

Um importante factor que deve ser frequentemente considerado na avaliação dos serviços de saúde sexual e reprodutiva, consiste na taxa de realização repetida de IVG, uma vez que o número de IVG repetidas poderá traduzir uma falha no sistema de cuidados de saúde. De certo modo, parece poder dizer-se que face a esta taxa de repetição, poucas ou nenhuma mudanças se verificam na contracepção antes e após a IVG, sugerindo assim a importância extrema da consulta de planeamento familiar posterior à IVG como forma de prevenção da repetição desta intervenção (Savelieva, Pile, Sacchi, & Loganathan, 2003).

No caso específico de Portugal, de acordo com a Direcção-Geral da Saúde (DGS, 2009), 1,8% das mulheres realizaram 2 interrupções em 2009 e, nesse mesmo ano, 4,7% das mulheres que realizaram uma IVG haviam realizado uma interrupção em 2008. De facto, vários estudos internacionais revelam que mulheres com uma experiência anterior de aborto têm 4 vezes mais probabilidades de voltar a interromper

voluntariamente a gravidez do que aquelas que nunca recorreram à IVG (Belsey, Greer, Lal, Lewis, & Beard, 1977; Freeman, Rickels, Huggins, Garcia, & Polin, 1980; Henshaw & Silverman, 1988).

No que diz respeito à relação da história reprodutiva e do projecto de maternidade da mulher com a IVG, alguns estudos revelam que a opção pela interrupção pode estar relacionada com o número de filhos que a mulher já tem, uma vez que este pode conduzir ao desejo de controlar o tamanho da família (Regushevskaya, Dubikaytis, Nikula, Kuznetsova Hemminki, 2009). Relativamente à associação entre o recurso à contracepção e a história reprodutiva da mulher, mulheres com três ou mais filhos tendem a apresentar maior probabilidade de aceitação do método contraceptivo, em comparação com mulheres sem filhos (McDougall, Feters, Clark, & Rathavy, 2009).

Quando lida na óptica reprodutiva, e se considerada numa leitura assumidamente feminista da problemática, a opção pela IVG é, para alguns autores, entendida como manifestação da liberdade reprodutiva da mulher, o que, por sua vez, corresponde à operacionalização da missão do planeamento familiar enquanto actividade de saúde familiar (Aléx & Hammarström, 2004).

4. Relações Íntimas, Saúde Sexual e IVG

De acordo com Lucas (2010), a dimensão relacional do aborto, ou seja, a relação entre parceiros, pode ser entendida numa perspectiva bi-direccional, uma vez que pode constituir um determinante do processo de ajustamento pós-IVG e, ao mesmo tempo, ser influenciada pela IVG.

À semelhança do que acontece no campo da saúde mental, a maioria das mulheres não identifica qualquer mudança na qualidade do relacionamento com o parceiro (Lauzon, Roger-Achim, Achim, & Boyer, 2000; Bradshaw & Slade, 2003), no entanto, alguns estudos evidenciam uma exacerbação dos conflitos (Tornbom & Moller, 1999; Bianchi-Demicheli, Kulier, Perrin & Campana, 2000) e o surgimento de problemas de comunicação entre o casal (Bagarozzi, 1994; Freeman e Col., 1980; Speckhard & Rue, 1993), após a realização de uma IVG.

De acordo com alguns estudos, mulheres que realizaram um IVG demonstram maior propensão para relacionamentos mais curtos e para o divórcio (Shepard & Bracken, 1979; Henshaw & Silverman, 1988; Belsey e Col., 1977; Freeman e Col., 1980; Berger, Gold, Andres, Gillett & Kinch, 1984). Nos casos em que não ocorre a separação entre o casal, são geralmente apontados os problemas de comunicação e as disfunções sexuais, anteriormente referidos, mas também o isolamento (Strahan, 1993). Se os problemas emocionais associados à experiência de IVG não são

reconhecidos e resolvidos, mecanismos de *coping* disfuncionais daí resultantes podem ser a causa dos défices relacionais (Shostak, McLouth & Seng, 1984, cit. in Coleman, Rue & Coyle, 2009). Do mesmo modo, um padrão de coping solitário pode reduzir a probabilidade de revelação dos sentimentos e emoções implícitos e deste modo aumentar os comportamentos defensivos, como é o caso da comunicação marcada pela hostilidade e inveja (Shostak, McLouth & Seng, 1984, Rue, 1996, cit. in Coleman, Rue & Coyle, 2009).

A história de IVG passada está também associada à percepção de cada um dos elementos do casal de que a qualidade de vida de ambos seria melhorada se a relação terminasse (Coleman, Rue & Coyle, 2009).

Considerando que a raiva tende a ser um sentimento muitas vezes associada à vivência desta experiência, compreende-se que haja uma associação entre a IVG e conflitos e violência conjugais (Barnett e Col., 1992; Bradshaw & Slade, 2003; Rue e Col., 2004). Para além da questão da violência, Coleman, Rue e Coyle (2009) evidenciam a associação entre uma IVG na relação actual e o risco acrescido para conflitos verbais relacionados com o ciúme.

Tendo em consideração que, tal como a contracepção, o comportamento sexual está intimamente ligado à gravidez indesejada e à IVG (Byrne & Kelley, 1981, cit. in Bradshaw & Slade, 2005; Kero & Lalos, 2005; Bianchi-Demicheli & Ortigue, 2007), parece evidente a necessidade e a pertinência de averiguar se esta dimensão sofre alterações significativas na sequência desta intervenção médica.

À definição de saúde sexual e reprodutiva, está subjacente a assumpção de que o bem-estar físico, mental e social relacionado com o sistema reprodutivo não se baseia unicamente, na ausência de doença. A saúde sexual e reprodutiva passa então pela possibilidade de ter uma vida sexual segura e satisfatória, pela capacidade reprodutiva, pela segurança durante a gravidez e o parto e, ainda, pela liberdade para decidir se, quando e com que frequência quer engravidar (DGS, 1998).

Para alguns autores, os efeitos da IVG no bem-estar sexual não são significativos (Miller, 1992; Bianchi-Demicheli, Perrin, Lüdicke & Campana, 2001) e inclusivé, as atitudes e sentimentos acerca da sexualidade são mais positivos após a IVG (Bradshaw & Slade, 2005). No entanto, para outros autores, a história de IVG está associada a um maior risco de disfunções sexuais (Miller, 1992; Tornbom & Moller, 1999; Bianchi-Demicelli, Perrin, Ludicke, Bianchi, Chatton & Campana, 2002; Rue e Col., 2004; Fok, Siu, & Lau, 2006).

Tendo em conta a discrepância entre as informações apresentadas a título de exemplo, parece não existir na actualidade um verdadeiro consenso acerca do impacto da IVG no campo da sexualidade. Ainda assim, existem várias importantes

dimensões a considerar na investigação da relação da IVG com o campo da saúde sexual, tais como: o funcionamento/disfuncionamento sexual, o desejo sexual, a capacidade de atingir o orgasmo, a satisfação sexual e a frequência da actividade sexual (e.g. Boesen, Rørbye, Nørgaard, & Nilas, 2004; Bianchi-Demicheli & Ortigue, 2007).

É importante salientar que, de acordo com Bradshaw e Slade (2003), a maioria dos estudos realizados que comprovam a associação entre problemas sexuais e a IVG circunscreve-se a relatórios clínicos, havendo por isso pouca investigação empírica que a sustente. Atendendo à questão do tempo, os mesmos autores sugerem que 10 a 20% das mulheres experienciam problemas sexuais nas semanas e meses posteriores à IVG, enquanto que 5-20% reportam dificuldades sexuais cerca de um ano depois.

Vários estudos indicam que após a realização de uma IVG se verifica, frequentemente, uma diminuição do desejo sexual (Boesen e Col., 2004; Kero & Lalos, 2005; Bianchi-Demicheli & Ortigue, 2007), uma diminuição da capacidade orgásmica (Boesen e Col., 2004; Bianchi-Demicheli & Ortigue, 2007), uma diminuição da satisfação sexual (Barnett, Freudenberg & Wille, 1992; Bianchi-Demicheli & Ortigue, 2007), e ainda uma diminuição significativa da frequência da actividade sexual (Barnett e Col., 1992; Boeson e Col., 2004; Kero & Lalos, 2005; Fok, Siu, & Lau, 2006; Bianchi-Demicheli & Ortigue, 2007). Para Bianchi-Demicheli e Ortigue (2007), o declínio significativo da frequência da actividade sexual pode ser resultante dos níveis baixos de satisfação sexual e de desejo sexual, igualmente resultantes da experiência.

Relativa a esta dimensão da saúde sexual, é apresentada na literatura uma importante conclusão, que aponta para a possibilidade destes problemas sexuais serem decorrentes da sintomatologia ansiosa e depressiva, anteriormente apresentada e comumente associada à problemática (Bianchi-Demicheli e Col., 2002; Bianchi-Demicheli & Ortigue, 2007) ou, por outro lado, serem resultantes do medo constante de engravidar de novo (Kero & Lalos, 2005; Fok, Siu & Lau, 2006).

5. Suporte Social e IVG

Atendendo aos conceitos base do Modelo Transaccional de Stress, proposto por Lazarus & Folkman (1984), a percepção de suporte social pode ser entendida como um recurso que influencia a avaliação de um evento stressor, que neste caso se admite como a própria IVG, e a percepção da capacidade pessoal para lidar com a situação em causa. Deste modo, à semelhança da dinâmica estabelecida entre a IVG e as relações íntimas, a interacção e o suporte social podem ter tanto um impacto positivo como negativo na vida da mulher, após a experiência de uma IVG (Aléx &

Hammarström, 2004). Por um lado, a percepção de falta de suporte social aquando da tomada de decisão de IVG (Major e Col., 1990), a percepção de falta de suporte parental ou conjugal após a IVG (Söderberg e Col., 1998; Adler e Col., 1992; Major e Col., 1990; Major & Cozzarelli, 1992), a percepção de oposição dos outros face à decisão de abortar (Major, Zubek, Cooper, Cozzarelli, & Richards, 1997), o medo do julgamento dos outros (Dykes, Slade & Haywood, 2011), de ser alvo de estigma e a percepção da necessidade de manter a IVG em segredo (Major & Gramzow 1999), constituem factores de risco potenciais para o desenvolvimento de respostas emocionais negativas e dificuldades de adaptação face à IVG (Coleman, Rue, & Spence, 2007).

Para além das mensagens sociais e culturais negativas associadas ao estigma face à IVG, a disseminação da ideia de que as mulheres que passam por esta experiência sofrem, impreterivelmente, danos psicológicos, pode igualmente estimular o desenvolvimento de respostas emocionais negativas mas, em contrapartida, a propagação social da normalização da experiência de IVG pode surgir como promotora da expectativa de resiliência e assim contribuir para o bem-estar emocional da mulher após a passagem pelo processo (Major et al. 2008, cit. in Littman, Zarcadoolas, & Jacobs, 2009)

Numa outra perspectiva, considerando que a percepção de suporte social do companheiro, de amigos e da família, está associada ao aumento da auto-eficácia para lidar com um evento como a IVG, pode acrescentar-se ainda que a percepção de auto-eficácia está, por sua vez, fortemente relacionada com o desenvolvimento de respostas adaptativas (Major e Col., 1990). Por outro lado, as expectativas de alguém próximo relativamente à capacidade da mulher para uma adaptação bem sucedida, têm influência não só na sua auto-eficácia, como também no seu estado de humor (Major & Cozzarelli, 1992). De um modo mais concreto, alguns autores afirmam que o suporte prestado por parte dos amigos reduz a manifestação de sentimentos como a tristeza e a solidão decorrentes da experiência de IVG (Aléx & Hammarström, 2004).

Alguns autores chamam a atenção para questões mais concretas, como é o caso do tipo de suporte prestado à mulher no processo de IVG, distinguindo um tipo de suporte imparcial e incondicional, da coerção e a pressão externa dirigidas à mulher na fase da tomada de decisão anterior à IVG (Allanson, 2007).

No que diz respeito ao apoio prestado pelos profissionais de saúde pode, igualmente, assumir influência positiva e negativa na adaptação da mulher à IVG. Se por um lado, algumas mulheres descrevem de forma favorável os cuidados prestados pela equipa de profissionais, valorizando o seu carácter positivo e informativo, outras mulheres caracterizam o atendimento como “frio” e negativo, indutor de vergonha,

tristeza, solidão e incerteza, e evocam ainda alguma ignorância por parte dos profissionais (Aléx & Hammarström, 2004).

Deste modo, tal como os relacionamentos interpessoais têm influência na capacidade de *coping*, as percepções e atitudes daí resultantes têm impacto não só na própria mulher, mas também na interacção que esta estabelece as pessoas que lhe são mais próximas (Dykes e Col., 2011).

Parte II - Estudo Qualitativo

1. Objectivos e Questões de Investigação

A presente investigação encontra-se integrada num projecto longitudinal (“Interrupção Voluntária da Gravidez – Experiência numa Unidade Hospitalar da Região Metropolitana do Porto”) sobre a interrupção voluntária da gravidez a cargo de uma das equipas de investigação do Centro de Estudos em Desenvolvimento Humano (CEDH), do Centro Regional do Porto da Universidade Católica Portuguesa, e corresponde ao início da recolha e tratamento dos dados (estudo exploratório) da 2ª Fase do projecto longitudinal, que corresponde ao *follow-up* um ano depois da realização de uma IVG, ao qual se seguirá futuramente uma 3ª fase, considerando o impacto da IVG dois anos após a realização da IVG.

O objectivo geral do presente estudo prende-se, essencialmente, com a compreensão da experiência pessoal de uma Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) e a vivência do próprio processo, um ano após a sua realização. Partindo deste objectivo central como base para a investigação, foram também formulados objectivos específicos, que passam pela consideração da percepção do impacto efectivo da experiência na saúde mental, no planeamento familiar, nos relacionamentos íntimos, no suporte social e nas relações interpessoais e no posicionamento relativamente à problemática, de cada uma das participantes.

Com base nos objectivos foram formuladas as seguintes questões de investigação, que servem de orientação para o curso da pesquisa:

- Qual o impacto da IVG ao nível da saúde mental?
- Qual o impacto da experiência de IVG no planeamento familiar e na contracepção?
- Qual o impacto da IVG nas relações íntimas?
- Qual a influência da IVG no contacto com as outras pessoas, nas relações interpessoais?
- Qual a influência do suporte social na vivência do processo de IVG?

- Qual a influência da realização de uma IVG no posicionamento da mulher acerca prática de IVG?
- Como é que a mulher descreve a passagem pelo processo de IVG?
- Como é que a mulher percepçiona e descreve a forma como lidou com o processo de IVG?

2. Fundamentação teórica da metodologia

Tal como refere Ramalho (2003), tendo em consideração o objecto de estudo proposto, a presente investigação só poderia evocar a experiência vivida pelos próprios intervenientes para compreender devidamente o fenómeno da IVG. Através da metodologia qualitativa o investigador adquire a possibilidade de aprofundar e compreender a perspectiva e os conhecimentos da mulher acerca de si mesma, da vivência do acontecimento e do contexto em que esta experiência ocorreu, utilizando as suas próprias palavras e significados, ao invés de os interpretar a partir da aplicação de testes ou exames de diagnóstico (Creswell, 2009, cit. in Lucas, 2010).

Ao contrário do que acontece na investigação quantitativa, a abordagem qualitativa visa uma compreensão subjectiva da experiência humana, e não procura a generalização dos resultados dela emergentes. Ao invés de se focar em correlações estatísticas objectivas e relações causais explicativas dos fenómenos, a metodologia qualitativa dirige a sua atenção no particular e, como tal, interessa-se por descrições e interpretações (Martins & Bicudo, 1989, cit. in Nogueira-Martins & Bogus, 2004).

Considerando que as respostas emocionais associadas à vivência de uma IVG, alguns autores afirmam que a abordagem ao tema deve ser qualitativa, uma vez que a exploração e reflexão da experiência das mulheres, sustentada por meio das suas próprias palavras é mais rica que resposta a conceitos pré-determinados e categorias mensuradas por meio de questionários e que permite uma compreensão mais profunda e detalhada do fenómeno (Dykes e Col., 2011).

É indiscutível que a monitorização e avaliação objectiva, baseada em abordagens quantitativas, é fundamental na actualização e evolução das ciências médicas, nomeadamente no processo de humanização dos serviços de saúde. No entanto, parece também ser claro que estas pesquisas objectivas não respondem a questões mais complexas como o “como” e o “porquê” como acontece na pesquisa qualitativa (Nogueira-Martins & Bogus, 2004). São as respostas a perguntas deste cariz que abrem caminho para a compreensão dos fenómenos, para além dos resultados numéricos objectivos encontrados através do recurso à metodologia quantitativa. Uma vez que a IVG é, em primeiro plano, um assunto tratado pela área da saúde, parece evidente a pertinência de considerar a investigação qualitativa

proposta como estando inserida no contexto hospitalar. A investigação qualitativa na área da Psicologia da Saúde serve o virtuoso propósito de detectar padrões ou regularidades numa total heterogeneidade de experiências e manifestações de um dado fenómeno sobre o qual pouco se sabe (Batista Pinto, 2004), mas também, indirectamente pode ser útil para a avaliação e o melhoramento do funcionamento dos serviços prestados, assim como do acompanhamento disponibilizado a estas mulheres.

Tendo em conta que a metodologia qualitativa é indiscutivelmente a mais apropriada para o acesso e interpretação da experiência humana (Taylor & Bogdan, 1984; Silverman, 1993, cit. in Dollar, 1997), no caso da investigação da vivência de um fenómeno como a IVG e uma vez que importa alcançar e explorar a idiossincrasia e individualidade da experiência de cada mulher, faz sentido recorrer a procedimentos como a entrevista (Burnell & Norfleet, 1987, Gold-Steinberg, 1991, cit. in Dollar, 1997). Isto porque a entrevista possui a potencialidade particular de captação imediata e corrente da informação fornecida, permitindo ainda que sejam feitas correcções, esclarecimentos e adaptações que clarifiquem a compreensão da informação oferecida. Através deste tipo de metodologia o investigador/entrevistador ganha a possibilidade única de se colocar na perspectiva do entrevistado (Patton, 1990, cit. in Nogueira-Martins & Bogus, 2004), podendo assim compreender a experiência relatada através do olhar de um perito experiencial.

Por outro lado, a opção particular pela entrevista do tipo semi-estruturado, prende-se com o facto desta ser essencialmente caracterizada pela sua flexibilidade, o que permite constantes ajustamentos, esclarecimentos e mesmo adaptações dos conteúdos estudados (Ludke & André, 1986, Ruquoy, 1995, cit. in Sousa & Pereira, 2009) e também pelo facto de ser inicialmente estruturada com base em teorias e hipóteses relacionadas com o tema da pesquisa, que posteriormente dão lugar a novas hipóteses e interrogações decorrentes da própria entrevista.

Tal como foi já referido em 1987, por Polit e Hungler (cit. in Piovesan & Temporini, 1995) a inovação da problemática da IVG enquanto realidade nacional e a necessidade imperativa de familiarização e conhecimento aprofundado daí decorrente, assim como o número reduzido de participantes, justificam, por si só, a opção pelo estudo exploratório, ao invés de uma pesquisa descritiva ou explicativa, que pouco poderia oferecer numa fase de investigação da temática a nível nacional tão precoce quanto a presente (Theodorson & Theodorson, 1970). Para além disso, a opção por um estudo inicial exploratório dá lugar a uma investigação futura mais precisa, cuidadosa e extensa, no que diz respeito à formulação de hipóteses, às questões de investigação e à metodologia (Theodorson & Theodorson, 1970; Gil, 1999).

Dado que os efeitos negativos da IVG se estendem no tempo (Miller, Pasta & Dean, 1998) e que, tendencialmente, se verifica a intensificação das emoções negativas e o atenuamento da sensação de alívio e dos sentimentos positivos relacionados com a experiência um e dois após o aborto (Miller, 1992; Major, Cozzarelli, Cooper, Zubek, Richards, Wilhite & Gramzow, 2000), assim como acontece no que diz respeito à referência da manutenção de problemas sexuais até um ano depois da IVG (Bradshaw & Slade, 2003), parece fazer sentido a adopção de uma metodologia do tipo longitudinal que permita conhecer os efeitos da IVG a longo-prazo, já que esta possibilita o acesso preciso a momentos distintos da experiência, evitando a sua distorção (Miller, 1992). Neste sentido, é no entanto essencial não descurar a ideia de que, na investigação, a retrospecção dos sentimentos e pensamentos associados à decisão de interromper a gravidez e à própria IVG, após alguns anos do acontecimento, pode ser altamente distorcida por acontecimentos de vida ocorridos nesse espaço de tempo (Coleman e Col., 2005).

Por outro lado, o desejo de conhecer os efeitos da realização de uma IVG a longo prazo são suportados pelas conclusões apresentadas por algumas pesquisas levadas a cabo sobre esta temática, que defendem que mais de 30% das mulheres manifestam níveis clínicos elevados de ansiedade ou stress generalizado cerca de 1 mês após a interrupção (Bradshaw & Slade, 2003) e que os internamentos psiquiátricos são, inclusive, mais comuns nas mulheres que interrompem a gravidez, tanto a curto como a longo prazo (até 4 anos depois da IVG), quando em comparação com as que levam a gravidez avante (Reardon, Cogle, Rue, Shuping, Coleman & Ney, 2003).

3. Metodologia

3.1. Participantes

O presente estudo é composto por 6 participantes do sexo feminino que têm em comum o facto de terem realizado uma IVG há um ano atrás num hospital geral da área metropolitana do Porto e de terem participada na 1ª fase do projecto anteriormente referenciado. A faixa etária atendida varia entre os 28 e os 42 anos.

Alguns aspectos relevantes da caracterização sociodemográfica das participantes são descritos na tabela abaixo apresentada.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos Participantes

Identificação	E1	E2	E3	E4	E5	E6
Idade	39 anos	28 anos	30 anos	42 anos	30 anos	37 anos
Escolaridade	12º ano	12º ano	9º ano	Lic.	Lic. + PG	12º ano

Profissão	Empresária	-----	-----	-----	Advogada	Conselheira de Beleza
Situação Profissional	Empregada	Desempregada	Desempregada	Desempregada	Empregada	Empregada
Estado civil	Solteira	Solteira	União de facto (4 anos)	União de facto (em separação)	Casada	Solteira
Nº de filhos	1	0	2	2	0	1
IVG realizadas	1	1	1	1	1	1

3.2. Instrumentos

Com o intuito de responder às questões de investigação propostas, a entrevista foi o instrumento base do presente estudo. O guião que orientou a realização das entrevistas aqui contempladas (ANEXO II) foi previamente elaborado e utilizado, após testagem de uma primeira versão no estudo piloto respeitante à 2ª fase do projecto de investigação longitudinal sobre a IVG, levado a cabo pela equipa de investigação do Centro de Estudos em Desenvolvimento Humano (CEDH).

Deste modo, o guião integra dimensões como o Planeamento familiar, que inclui questões acerca da contracepção e da gravidez, a Saúde mental, o Consumo de substâncias, a Relação com o parceiro, o Suporte social e relações interpessoais, a Vivência da IVG e o posicionamento da mulher relativamente à prática. Para além destas dimensões mais latas, foi também abordado o peso efectivo da experiência um ano após a IVG, compreendendo deste modo os episódios ou aspectos mais marcantes, com conotação positiva ou negativa, que permanecem, após 12 meses, na memória da mulher.

3.3. Procedimentos

Seleção de Participantes

A selecção das participantes no presente estudo foi realizada de forma aleatória, sendo que foram escolhidas para análise seis entrevistas da 2ª fase do projecto de investigação acerca da IVG do Centro de Estudos em Desenvolvimento Humano.

Foi no serviço de Ginecologia e Obstetrícia da instituição, aquando do comparecimento para a consulta prévia à IVG, que as participantes foram informadas acerca dos objectivos e da estrutura do projecto de investigação e preencheram o formulário de consentimento Informado (ANEXO III), aceitando fazer parte do Projecto aos longo das 3 fases (na altura da IVG, 1 ano após a IVG e 2 anos após a IVG). As participantes foram assim integradas na investigação, tendo sido novamente

contactadas no presente ano a fim de serem entrevistadas um ano após a vivência da IVG. Todo o projecto foi autorizado pela Comissão de Ética da Unidade Hospitalar em questão.

Recolha de dados

Foi no início do presente ano que foi retomado o contacto com as participantes e, através de um primeiro contacto telefónico, foram recapitulados os objectivos do estudo e foi combinada a data e a hora para a realização da entrevista, escolhida de acordo com a disponibilidade apresentada por cada mulher, de forma a serem realizadas com maior conforto e à-vontade face às questões propostas.

A opção pela entrevista com um formato semi-estruturado deve-se ao facto de este permitir uma liberdade acrescida para discutir questões pertinentes e experiências associadas à IVG, por exemplo em comparação com a entrevista estruturada. Foi também tida em consideração a importância da abertura e da neutralidade das questões enunciadas pelo entrevistador, de modo a promover uma reflexão fidedigna e crítica da experiência passada, isenta de factores como a desejabilidade.

A recolha de dados ocorreu através de entrevistas semi-estruturadas que, em resposta a dificuldades sentidas na adesão e disponibilidade dos participantes no estudo piloto anteriormente efectuado para esta fase do projecto, foram realizadas por meio telefónico. Todas as entrevistas telefónicas, com a duração média de 30 minutos, foram gravadas com recurso a um microgravador digital. No dia e hora acordados, antes do início da entrevista, foi novamente solicitado o consentimento de cada participante para a participação no estudo, assim como a autorização para iniciar a gravação.

Análise do Conteúdo

Tendo como base a ideia difundida em 1999 por Laville e Dionne (cit. in Silva, Gobbi & Simão, 2005) de que os dados brutos necessitam de ser “tratados” para se tornarem úteis na construção dos saberes e na evolução da ciência, procedeu-se à análise e tratamento dos dados, sendo que, para tal, foi primeiramente necessária a transcrição integral das entrevistas realizadas.

É com base num processo de análise semi-indutivo, e com o apoio do software de análise qualitativa NVIVO 9.0., que se processa esta etapa de decomposição dos conteúdos transcritos, que permitirão emergir a teoria que facilita a compreensão do fenómeno em estudo

Após a transcrição e leitura integral das entrevistas, a tarefa de análise do seu conteúdo implica, num primeiro momento, a organização de todo o material baseado na identificação de tendências e padrões relevantes, o que, posteriormente, conduzirá

à análise de relações e inferências entre os diferentes tópicos abordados no decorrer das entrevistas (Nogueira-Martins & Bogus, 2004). Esta metodologia de construção indutiva de uma teoria e de relações entre as variáveis consideradas, com base na recolha e análise sistemática e rigorosa dos dados (Sousa & Pereira, 2009), é a abordagem que orienta a análise de conteúdo na presente pesquisa.

Na lógica deste processo indutivo é da responsabilidade do investigador criar, a partir das experiências individuais descritas, categorias conceptuais mais abstractas (categorização) e identificar padrões de relação entre elas, que sejam considerados relevantes para a compreensão do fenómeno em estudo (Charmaz, 1995). De acordo com Maroy (1997), esta metodologia de descrição analítica caracteriza-se pelo facto da análise não ser efectuada segundo uma grelha pré-existente, mas sim ser constantemente elaborada, em simultâneo com a recolha, sendo decorrente da leitura dos dados, mas também com base na revisão bibliográfica previamente realizada sobre o objecto em estudo. A análise do material não constitui então um processo sequencial e linear, uma vez que se processa de forma cíclica e circular (Moraes, 1999).

Uma vez que os dados não falam por si, é necessário extrair deles o seu significado e a análise do conteúdo aparece, precisamente, como uma ferramenta para a compreensão da construção de significado que os atores sociais exteriorizam no discurso (Silva, Gobi & Simão, 2005).

4. Resultados

De forma a facilitar a análise dos dados e, ao mesmo tempo, assegurar a confidencialidade das participantes, cada uma das entrevistas foi denominada pela letra “E” (de entrevista) seguida de um número correspondente a cada um dos sujeitos.

A partir da análise dos dados, com base nos relatos após um ano da experiência de IVG das participantes, foi criado um Sistema Geral de Categorias (ANEXO IV), constituído por cinco categorias principais: Impacto da Experiência de IVG, Suporte Social, Planeamento Familiar, Processo de IVG e Importância da investigação sobre IVG.

Para uma melhor compreensão do sistema geral das categorias emergentes e diferenciação entre cada geração de categorias, optou-se pela discriminação visual entre estas, manifestada através do recurso a diferentes fontes tipográficas. Neste sentido, as categorias de 1ª geração correspondem ao tipo letra sublinhado (p. ex.: Impacto da experiência de IVG); as categorias de 2ª geração correspondem ao tipo de letra itálico (p. ex.: *Saúde Mental*) e, por fim, as categorias de última geração (que

podem corresponder a categorias da 2ª, 3ª ou 4ª gerações), correspondem ao tipo de letra negrito (p. ex.: **Tristeza**), podendo, por vezes, coexistir com os outros tipos de letra, consoante a geração a que pertencem.

De modo a clarificar a estrutura geral de categorias propostas, mas também compreender o que compõe cada categoria e subcategoria, é apresentada em anexo uma grelha que inclui a codificação, a designação, a descrição e um exemplo referente a cada uma das dimensões categóricas criadas (ANEXO V).

Passando agora a uma descrição mais aprofundada das categorias, é fundamental salientar o facto de todas as cinco categorias principais anteriormente apresentadas, terem sido decompostas em subcategorias de forma a facilitar e otimizar o processo de análise e tratamento de dados, segundo a organização abaixo apresentada:

Na categoria Impacto da Experiência de IVG integram-se as categorias de 2ª geração: *Saúde Mental*, *Contraceção*, *Relacionamentos Interpessoais*, *Capacidade de Coping* e *Opinião acerca da IVG*.

No que diz respeito à dimensão da *Saúde mental*, ainda foram distinguidas subcategorias como: Reacções Emocionais pós IVG, Consumos, Apoio Psicológico-Psiquiátrico e **Sem impacto**. Quanto à subsubcategoria Reacções emocionais, foram discriminados diferentes tipos de emoções referenciadas ao longo de todas as entrevistas, passando então pela **Tristeza**, o **Choro**, o **Sofrimento**, o **Arrependimento**, os **Pensamentos Recorrentes**, o **Medo de problemas para engravidar**, a **Necessidade de falar**, o **Alívio**, a **Auto-estima** e ainda outras reacções consideradas como “**Não especificadas**”, todas constituindo neste caso categorias de última geração.

Relativamente ao impacto da IVG na dimensão dos Consumos, este foi especificado, em primeiro lugar, quanto ao tipo de substância consumida (Substâncias Ilícitas e Álcool) e, depois, decomposto em categorias de última geração em cada um dos tipos de consumo, dando lugar à diferenciação entre os padrões de consumo de substâncias ilícitas **Pré-IVG** e **Pós-IVG**, assim como aos de consumo de álcool **Pré-IVG** e **Pós-IVG**.

Ainda dentro da categoria Saúde Mental, as referências à dimensão do Apoio Psicológico-Psiquiátrico foram distinguidas de acordo com o período de tempo, distinguindo-se novamente entre **Pré-IVG** e **Pós-IVG**, tal como aconteceu na decomposição da subcategoria relativa à medicação psiquiátrica (**Pré-IVG** e **Pós-IVG**). Tal como foi anteriormente evidenciado através da fonte tipográfica escolhida, a categoria de 2ª geração relativa à percepção de ausência de impacto da IVG na saúde

mental da mulher (**Sem impacto**) constitui, por si só, também categorias de última geração.

Quanto ao impacto da experiência de IVG na utilização de *Contracepção*, esta foi simplesmente categorizada de acordo com a percepção de uma mudança associada: à sensibilidade da mulher face ao processo (**Sensibilidade face à experiência IVG**), ao sentido de responsabilidade da mulher face às questões da contracepção (**Responsabilidade face contracepção**), à quantidade/qualidade de informação que a mulher considera possuir no que toca a esta dimensão (**Informação sobre contracepção**) e ainda relativa à ocorrência de alterações no recurso à contracepção decorrentes da consulta de planeamento familiar obrigatória por lei, da qual surgem duas subcategorias (**Sim** ou **Não**).

Quanto ao impacto da experiência de IVG nos *Relacionamentos interpessoais*, este foi caracterizado consoante a proximidade ou familiaridade da relação afectada, sendo por isso primeiramente subdividido em: Companheiro durante a IVG, Novo Relacionamento (por exemplo, nos casos em que a relação em que ocorreu a gravidez e IVG terminou e a mulher se encontra com um novo parceiro), **Filhos e Outros** não anteriormente especificados e **Sem impacto nos relacionamentos**.

No relacionamento com o companheiro que gerou a gravidez não-planeada, é distinguido o impacto da IVG na relação emocional propriamente dita (**Relação Emocional**), e no Funcionamento sexual, sendo este, por sua vez, definido de acordo com referências às dificuldades sentidas neste âmbito (**Dificuldades Sentidas**), por oposição à percepção de ausência de impacto da IVG a este nível particular (**Sem Impacto**), mas também quanto à existência de história de problemas relacionais prévia à IVG (**Problemas prévios à IVG**) e quanto à percepção de que a realização da IVG teve efeitos benéficos no relacionamento com esse companheiro (**Impacto Positivo**).

Face à existência de um novo relacionamento posterior àquele que deu origem à gravidez interrompida, foi feita a distinção categórica entre referências ao impacto da IVG nessa relação posterior (**Relação emocional**) e referência à partilha da passada realização da IVG (**Conhecimento da IVG**) com o mesmo.

Tal como foi acima evidenciado através da fonte tipográfica escolhida, as categorias relativas ao impacto da IVG nos relacionamentos com **Filhos e Outros**, que se caracterizam por serem distintos dos diferentes relacionamentos anteriormente considerados, constituem, por si só, categorias de última geração, tal como acontece com a subcategoria **Sem impacto nos relacionamentos** que, tal como o nome indica, abarca a percepção de ausência de impacto da IVG nos relacionamentos interpessoais.

Na avaliação da percepção de cada mulher acerca da forma como lidou com a experiência passada de IVG (*Capacidade de coping*), surgiram duas variantes: **Coping positivo** e **Coping negativo**, que designam, respectivamente, a percepção da adaptabilidade do tipo de *coping* utilizado para enfrentar a situação.

Por fim, ainda a respeito do impacto da experiência de IVG, é considerado o posicionamento actual da pessoa face à problemática da IVG (*Opinião acerca da IVG*), sendo que esta é também distinguida de acordo com a existência de alteração (Alterou) ou não alteração (Não Alterou) da respectiva opinião após a realização da IVG. Deste modo, as categorias de última geração consistem, no caso de ter havido alteração, em **Para a favor**; e, no caso de não ocorrido alteração a este nível, a caracterização da opinião pessoal como **Não a favor** ou **A favor**.

Focando agora a apreciação que a cada mulher acerca da sua rede de suporte (Suporte Social) no período circundante à IVG há um ano realizada, esta foi primeiramente subdividida em sete categorias de 2ª geração: *Companheiro, Familiares, Amigos e Profissionais de Saúde, Razões para não partilhar experiência*.

Na análise retrospectiva da mulher face ao apoio prestado pelo companheiro, foi discriminada a reacção emocional à gravidez e à tomada de decisão de IVG (**Reacção à IVG**), a existência e o tipo de apoio prestado aquando da passada IVG, (**Tipo de apoio prestado**) e ainda percepção de falta de suporte (**Falta de apoio**) por parte desta figura de suporte.

Relativamente à avaliação do suporte social prestado por *Familiares*, este foi discriminado de acordo com o Grau de Parentesco da figura identificada (**Mãe, Irmã, Cunhado**) e também de acordo com o **Tipo de apoio prestado** pelos membros da família identificados. No que diz respeito ao suporte durante o processo de IVG prestado por *Amigos* este foi apenas traduzido, mais uma vez, no **Tipo de apoio prestado**.

À semelhança do sucedido em algumas categorias anteriormente mencionadas, a categoria **Razões para não partilhar experiência** constitui, per si, uma categorias de última geração, e diz respeito às razões apresentadas pela mulher que justificam a opção de não ter partilhado a experiência de IVG com determinadas pessoas próximas.

A respeito da percepção do suporte prestado pelos *Profissionais de saúde*, procedeu-se a uma diferenciação básica entre os profissionais pertencentes ao serviço hospitalar em que a IVG foi há um ano realizada (Profissionais do Serviço), que inclui Médicos, Enfermeiros e Psicóloga-Assistente Social, e a profissionais de saúde externos ao serviço (**Outros profissionais de saúde**). Indispensável referir que no

caso dos profissionais de saúde, as categorias de última geração consistem na diferenciação entre **Aspectos Positivos** e **Aspectos Negativos** nas categorias Médicos e Enfermeiros, enquanto que as referências ao suporte prestado pela Psicólogo/Assistentes Sociais integradas nas entrevistas realizadas apenas se resumem a **Aspectos Positivos**.

Relativamente à terceira categoria principal apresentada (Planeamento Familiar), e considerando um dos objectivos específicos do presente estudo, esta foi subdividida em quatro diferentes categorias de 2ª geração, fazendo transparecer a clara distinção entre o recurso à contracepção antes e depois da realização da IVG (*Contracepção Pré-IVG* e *Contracepção Pós-IVG*), especificando qual a especialidade do profissional responsável pela consulta de planeamento familiar efectuada após a IVG (*Especialidade médico da Consulta*), e ainda analisando alguns relacionados com a *Maternidade*, como a eventual ocorrência de uma gravidez desde a realização da IVG (Gravidez após IVG) e o desejo ou intenção de engravidar novamente no futuro (Projecto de maternidade).

No caso da *Contracepção Pré-IVG*, é distinguida a contracepção utilizada no período precedente à IVG (No passado), que inclui as **Razões para ter interrompido contracepção** e a diferenciação entre o **Preservativo** e a **Pílula** enquanto Tipo de contraceptivo; e na altura em que ocorreu a gravidez interrompida (Aquando da IVG), na qual são diferenciados o **Preservativo**, a **Pílula** e o **Coito interrompido**, enquanto métodos contraceptivos utilizados, e ainda não utilização de qualquer tipo de contracepção (**Nenhum método**). Para além da análise dos dados referentes à contracepção nos períodos anteriores à IVG, foi também ponderado o recurso a **Contracepção de emergência**.

Quanto à metodologia contraceptiva no período após a IVG, esta foi subdividida: na contracepção utilizada pela mulher um ano após a IVG (Actual), que inclui o Tipo de contraceptivo (**Preservativo**, **Pílula**, **Dispositivo Intra-Uterino**, **Sistema Intra-Uterino (Endoceptivo)**) e as **Razões para a alteração** da contracepção após a realização da IVG; e na Avaliação da consulta de planeamento familiar, realizada, de acordo com a lei portuguesa, após a IVG, distinguindo, para tal, questões relacionadas com a avaliação (**Positiva** ou **Negativa**) que cada mulher faz da consulta.

Relativamente à *Especialidade do médico da consulta* de planeamento familiar, foram distinguidos o recurso ao **Ginecologista da consulta de IVG**, ao **Médico de família**, a um **Ginecologista privado**, a um **Médico sem especificação** e, ainda, as razões para não recorrer à consulta de planeamento familiar disponibilizada no centro de saúde da área de residência (**Razões para não recorrer centro saúde**).

Ainda no espectro do planeamento familiar foi distinguida a existência ou ausência de um projecto de maternidade futuro (**Sim** ou **Não**), as **Razões para não ter mais filhos**, e foi considerada a ocorrência de uma Gravidez após IVG, que dado o conteúdo analisado se restringe à subcategoria **Não**.

Acerca do Processo de IVG foram consideradas as *Sensações físicas* experienciadas no decorrer do processo de IVG e evidenciadas pela mulher e a ocorrência de complicações médicas no decorrer do processo de interrupção medicamentosa (*Complicações no processo*), mas também outras questões específicas como a identificação e diferenciação das *Razões para a tomada de decisão de IVG no passado* (**Médicas, Económicas, Emocionais, Profissionais, Relacionais** ou **Outras**) e apreciações gerais acerca de aspectos concretos da prática de IVG's, relacionados com o espaço físico em que estas consultas são realizadas nos hospitais públicos (**Espaço**), o tempo de espera envolvido no processo (**Tempo espera**), a percepção de falha na divulgação de informação e na formação dos profissionais acerca da IVG (**Falta de informação**).

Foram também considerados os **Aspectos Positivos** e os **Aspectos Negativos** referentes à Equipa Multidisciplinar envolvida no processo, assim como foi considerada ainda a um subcategoria **Outros**, que é referente a apreciações gerais apresentadas não especificadas.

Por fim, relativamente à quinta e última categoria de 1ª geração apresentada, que se refere à percepção das mulheres da Importância da investigação sobre IVG, esta constitui, simultaneamente, uma categoria de última geração, e diz respeito à percepção da importância da realização de investigação nacional científica sobre este tema específico.

5. Análise e Discussão dos Resultados

Procurando facilitar a compreensão da informação recolhida e assim dar maior coerência ao discurso, a análise e discussão dos resultados é apresentada tendo como mote as questões de investigação e organizando-se, desse modo, de acordo com a ordem em que estas foram previamente apresentadas.

De forma a conceder uma leitura mais fluida da discussão, e tendo em conta a limitação de espaço, é apresentada em anexo (ANEXO VI) uma tabela que integra os objectivos e as questões de investigação do presente estudo, juntamente com as respectivas categorias, emergentes da análise do conteúdo das entrevistas, que permitem a reflexão e a resposta a cada uma das questões apresentadas.

Qual o impacto da IVG ao nível da saúde mental?

Ainda que com base em poucos discursos descritivos da experiência de IVG, nesta pesquisa, os resultados parecem contestar declaradamente os dados apresentados numa revisão sobre o tema realizada muito recentemente (Coleman, 2011), uma vez que a realização de uma IVG não parece efectivamente estar associada ao desenvolvimento posterior de problemas do foro mental.

Os resultados parecem, no entanto, corroborar as conclusões apresentadas por, Adler, um dos mais antigos e proclamados investigadores debruçados na temática, dado que, de facto, embora reconhecido o potencial stressante da situação de IVG, que foi variadas vezes descrita como “dolorosa” (E4), “delicada” (“a única razão de queixa que tenho é que é duro (...). É um momento assim um bocado delicado” (E6)) e “complicada” (“*Já passou... foi muito complicado na altura! Complicada a decisão foi... Aqueles três tias parecia que nunca mais acabavam. Estava mortinha que aquilo passasse.*”; “Não é fácil. Nós pensamos que só acontece aos outros. Quando acontece a nós, a questão muda de figura. Não foi fácil, mas correu.” (E2)) no conteúdo analisado, a passagem por esta experiência não parece impulsionar o desenvolvimento de quadros psicopatológicos (Adler e Col, 1992), mas sim conduzir à manifestação transitória (Frye, 1993), de intensidade moderada, de algumas reacções emocionais negativas (Adler, David, Major, Roth, Russo & Wyatt, 1992; Major and Cozzarelli, 1992; Rue, Coleman, Rue & Reardon, 2004; Lewis, 1997; Zolese and Blacker, 1992, cit. in Coleman e Col., 2005), mas também de alguma dose de alívio após o término do processo (Adler, 1975, cit. in Coleman, 2005; Russo & Zierk, 1992; Russo & Dabul, 1997; Kero, Högberg, Jacobsson & Lalos, 2001; Kero, Hogberg & Lalos, 2004).

Na presente investigação os sentimentos de alívio encontram-se bem explícitos em alguns excertos do discurso da mulher, como por exemplo: “Ah, sinto uma sensação de alívio. Já passou! Foi muito complicado na altura...” (E2).

Por outro lado, ao contrário do que seria previsível de acordo com a perspectiva de alguns autores, a experiência de IVG não parece estar propriamente associada a um aumento de auto-estima (Freeman, 1977, cit. in Russo and Zierk, 1992; Major e Col., 2000; Cozzarelli e Col., 1998) ou à noção de uma experiência positiva de crescimento e de maturidade pessoal (Alex & Hammarström, 2004), nem à ideia de que a tomada de decisão de IVG consiste numa forma de declaração de independência da mulher (Callersten-Brunell, 1985, cit. in Aléx & Hammarström, 2004). Pelo menos uma das participantes fez referência directa ao impacto da IVG na auto-estima dizendo que, nestas situações, “*a mulher perde... auto-estima*” (E5).

As participantes descrevem o impacto emocional da IVG, a longo prazo, como predominantemente negativo, mesmo quando contrabalançado com a crença de que

tinha sido tomada a decisão certa (Dykes e Col., 2011) (e.g.: *“Eu reagi muito mal. (...) Eu não queria, mas tinha de ser. Eu tinha consciência disso.”* (E4); *“Foi a escolha que eu fiz. Se foi uma escolha certa ou errada, foi a escolha que eu na altura achei que era mais correcta... e encarei as consequências!”* (E5), o que pode vir confirmar a ideia de que as emoções negativas decorrentes da IVG apresentam uma tendência crescente ao longo do tempo, enquanto que a satisfação da decisão tende a diminuir (Major, Cozzarelli, Cooper, Zubek, Richards, Wilhite & Gramzow, 2000).

Tal e qual como está documentado na literatura, as reacções emocionais associadas à IVG apresentadas pelas mulheres foram a tristeza (Reardon & Cogle, 2002; Cogle, Reardon & Coleman, 2003; Moseley e Col., 1981; Thorp, Hartmann & Shadigian, 2003), o choro e tristeza (Rue, Coleman, Rue & Reardon, 2004), o arrependimento e a culpa (Adler e Col, 1990; Frye, 1993), os pensamentos recorrentes (e.g.: Rue, Coleman, Rue, & Reardon, 2004) e a necessidade de falar sobre as questões emocionais e existenciais associadas à experiência (Aléx & Hammarström, 2002), tal como está explícito nos seguintes excertos retirados presentes no discurso das mulheres entrevistadas:

“Na altura senti-me triste. Portanto... hoje em dia já não penso, não é? Na altura sentia-me... senti-me um bocado triste e um bocadinho assim... pronto, digamos... é um momento assim um bocado... delicado!” (E6)

“Eu reagi muito mal, chorei imenso...” (E4)

“Eu não lido muito bem com a situação. Penso muitas vezes nisso. (...) Arrependi-me muito.” (E5)

“É lógico que às vezes vem aquela sensação de “o que é que eu fui fazer?, não é? Era uma criança, a idade que poderia ter nesta altura...” (E2)

“Eu como eu nunca fui a um psicólogo, nunca falei sobre isso, por isso não se... se algumas das minhas... das minhas tristezas ou das inseguranças ou isso... poderão... neste último tempo... que poderá ter vindo do aborto. O que eu sinto é mais necessidade de falar.” (E5).

Curiosamente, apesar da “necessidade de falar” ter sido declarada, ao analisar especificamente a procura de apoio psicológico ou psiquiátrico após a IVG, nenhuma das participantes revelou ter tido acompanhamento deste tipo (*“Não fui ao psicólogo”* (E5), nem tampouco ter recorrido a medicação psiquiátrica após a experiência de há um ano atrás (*“Não! Nunca tive nada disso, não...”* (E6)).

Parece ainda importante referir que, além das emoções acima referidas, o medo de que a experiência de IVG pudesse interferir com uma futura gravidez, foi também evidenciado no discurso relativo à vivência desta experiência (*“Principalmente, fiquei com medo em relação a situações futuras. Quero ser mãe. E*

pode ter complicações!” (E2)), o que está de acordo com o que é referido por alguns autores (Rue, Coleman, Rue & Reardon, 2004).

Focando agora a existência de problemas prévios, que segundo a literatura pode constituir um factor de risco para o desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica (e.g.: Osofsky et al., 1973; Miller, 1992; Major et al., 2000), duas das mulheres já tinham, outrora, tomado antidepressivos (“*Tomo medicação às vezes para dormir, mas isso sempre tomei... Antes e depois*” (E6)) devido à manifestação de problemas psiquiátricos e psicológicos (Speckhard & Rue, 1992) (“Eu na altura, quando fiquei desempregada, há dois anos, fique com algum tipo de fobias e recorri ao Psiquiatra” (E4)) ou devido à ocorrência de situações adversas, como problemas de saúde do companheiro ou história repetida de abortos espontâneos (“*O que mudou foi depois de ter... a saúde do meu marido. [Já ia às consultas] desde antes da interrupção.*” (E3); “*Antes de ter a menina, eu tive quatro abortos.*” (E1)).

No que diz respeito à análise do conteúdo referente aos padrões de consumo de substâncias ilícitas e de bebidas alcoólicas antes e depois da experiência de IVG, os resultados apresentados não parecem corroborar a ideia de que este evento esteja associado ao desenvolvimento de problemas relacionados com este tipo de consumos (Reardon & Ney, 2002; Coleman, Reardon, Rue & Cogle, 2002), uma vez que dentre as seis mulheres entrevistadas, apenas uma afirmou ter tido um consumo pontual e meramente experimental de uma substância ilícita após a interrupção (“*Por acaso experimentei, mas não fez efeito nenhum. Acho que foi tipo para experimentar (...) Foi uma experiência só para ver como era... Não ia cair nisso. Aliás, até foi há pouco tempo... para ver se sentia alguma coisa, mas não senti*” (E1)) sendo que das restantes, duas nunca haviam consumido qualquer tipo de substância ilícita (“*Nunca consumi, graças a Deus, não.*” (E6)) e uma reportou um episódio pontual de consumo no período pré-IVG, no seio de uma relação íntima dita “problemática”, devido à toxicod dependência do companheiro (“*Já. À experiência... Mais ou menos há dois anos, provavelmente... (...) Exactamente [foi com o parceiro toxicod dependente que fiz a experiência]. Foi haxixe... e cocaína.*” (E2)). Relativamente aos padrões de consumo de álcool, duas das mulheres referiram não ter o hábito de ingerir bebidas alcoólicas (“*Não. Muito raro, muito raro. É raro sair, em casa nunca bebo vinho, não gosto de cerveja... Não bebo!*” (E4); “*Não, não bebo. Por acaso não bebo. Não bebo*” (E6)), enquanto as restantes revelaram apresentar um padrão de consumo esporádico (“*De longe a longe, um copo de vinho. E quando saio. Mas é muito raro... Se calhar só um copito, bebida branca. Mas é muito longe a longe!*” (E1); “*Só mesmo um copinho ao fim-de-semana, ao jantar, mais ou menos... mas tirando isso não!*” (E2)).

Extremamente relevante, ainda que singular, foi a percepção de ausência de impacto da experiência de IVG nas várias dimensões da vida da mulher, sugerida, por exemplo, pelo seguinte excerto do discurso, quando questionada a este respeito: *“Não, não, não [mudou nada na minha vida]. Foi uma passagem, um momento. Às vezes um momento que nós temos maus... aquele se calhar foi um bocadinho momento mau. Dois dias, três dias... foi um momento mau, não é? (...) E prontos! Passou e ficou resolvido”* (E1). Importante ressaltar que esta participante, no decorrer da entrevista, fez referência ao facto de, anteriormente à IVG e ao nascimento da sua única filha, ter passado por quatro abortos espontâneos, o que, eventualmente, poderá estar relacionado com esta aparente resiliência face à interrupção, tal como é demonstrado no seu próprio discurso: *“Tive quatro abortos antes e passei por esse... e por isso... aliás, até este aqui eu pensei assim “bom, já vou passar outra vez o que passei pelos outros”, porque foram muito dolorosos, não é? Agora não! Agora achei aquilo muito fácil. Correu tudo muito bem! Correu tudo muito bem em relação aos outros que eu tive, pronto...”* (E1).

Qual o impacto da experiência de IVG no planeamento familiar e na contracepção?

De forma a explorar o impacto da experiência de IVG no planeamento familiar, importa contemplar diferentes dimensões, como é o caso da contracepção pré e pós a IVG, compreendendo deste modo se a passagem por esta experiência parece estar associada a mudanças comportamentais neste âmbito, mas também contemplar dimensões mais amplas como é o caso da maternidade e da sua relação com a IVG, considerando para tal tanto a ocorrência de gravidezes posteriores à IVG de há um ano atrás, como também o surgimento de um projecto de maternidade após a opção reprodutiva em questão, realizada há ano atrás.

Analisando o impacto da IVG nesta dimensão específica, despertou a ideia de que esta pode apresentar alterações não só ao nível da sua utilização efectiva, mas também ao nível da informação (*“Fiquei a saber mais coisas e... um esclarecimento diferente daquilo que ouvia falar. (...) Sim, sim, sim, claro [passei a ter mais informação sobre a situação]”* (E6)) e da responsabilidade (*“Agora estou mais responsável no que toca ao sentido da contracepção”* (E2)) da mulher relativa à contracepção, o que está de acordo com a perspectiva de que a melhoria das intervenções pós-IVG focadas no planeamento familiar aumentam o acesso e o conhecimento acerca da contracepção (Rasch, Yambesi & Kipingili, 2005).

Com a presente análise surgiu também a hipótese de, após a realização de uma IVG, ocorrer uma mudança no que diz respeito à sensibilidade da mulher face ao

processo de IVG, tal como é sugerido pelo discurso de E2: *“Para além da responsabilidade, agora se calhar olho para a questão do aborto com outros olhos. Eu pensava que era uma decisão que se poderia tomar, basicamente, de ânimo leve (...), mas de facto não é tão fácil. Nós sabemos que temos uma criança. Neste caso um embrião.”*

Analisando de forma objectiva, o padrão de utilização de contracepção nestes casos particulares, verifica-se que, em todos eles, houve efectivamente alguma alteração no que diz respeito à utilização de contracepção, tal como fica evidente na tabela apresentada em anexo (ANEXO VII).

Ainda que apenas duas das seis mulheres tenham respondido afirmativamente quando questionadas acerca da ocorrência de alteração da contracepção após a experiência de IVG (*“Sim, alterei. Comecei a tomar a pílula.”* (E4); *“Eu pus o DIU. Só o tirei há uma semana porque ele estava deslocado”* (E5)), quando observados objectivamente, em qualquer um dos casos se verifica uma alteração na contracepção.

Apenas três mulheres referiram a utilização de contracepção num período prévio à IVG, sendo que a pílula parece ser, neste caso, o método mais comum entre as participantes (*“O que era normal... a pílula.”* (E3); *“Há uns anos atrás: pílula.”* (E4)). Enquanto razões para a interrupção desta contracepção, uma mulher referiu o término da relação íntima e a cessação da actividade sexual (*“Não [não tomava a pílula quando a gravidez ocorreu]. Na altura eu fiz uma pausa. Tinha acabado o relacionamento, achei que deveria fazer uma pausa, e foi assim que aconteceu...”* (E2)), e outra, os efeitos secundários deste método específico, assim como as suas contra-indicações relativas à concomitância com hábitos tabágicos e a intenção de engravidar num futuro próximo (*“A razão da pílula foi que... eu não me dou muito bem... não me dei muito bem com ela. Pelo menos não sei... se calhar estava a tomar a pílula errada. Eu tinha muita tensão mamária, o meu peito aumentou, com... a tomar a pílula. E eu também sou assim um bocadinho gordinha, não muito, mas pronto...e senti o meu corpo a alterar-se com a pílula, e deixei de a tomar. E também porque eu fumo e... é uma coisa que eu não consigo deixar e sei que a pílula e o tabaco é uma combinação explosiva.”* *“Até porque eu quero engravidar e não quero tomar a pílula porque quero engravidar... Quis deixar um tempo. Um ano pelo menos, para regular e ver se tinha algum problema. E como quero engravidar... a pílula não é aconselhável, não é? Por isso não a uso.”* (E5)). No que diz respeito a uso esporádico do preservativo (*“Eu disse umas vezes utilizava...”* (E5)) no passado, a opção pela interrupção está, segundo E5, associada a irreflexão (*“Não. Na altura isso [deixar de utilizar preservativo]] foi uma inconsciência! Pronto...”*).

Atentando agora a contracepção utilizada aquando da IVG, parece relevante salientar o facto de, em pleno século XXI, num país desenvolvido como Portugal, duas em seis das mulheres entrevistadas terem revelado não recorrer a qualquer tipo de contracepção (*“Sim, exactamente [na altura a gravidez aconteceu não utilizano qualquer método contraceptivo].”* (E2); *“Não! [antes dessa gravidez não utilizava nenhum método contraceptivo]”* (E5)), e uma valer-se da estratégia designada por “coito interrompido” como método anticoncepcional (*“Utilizava os métodos... ou seja, para interromper digamos... Para não ficar grávida, não é? O homem... tem... como é que hei-de dizer? As palavras... Ou seja... recua”* (E1)). O recurso ao coito interrompido é um método sem custos, que não requer qualquer dispositivo artificial e que pode ser utilizado sem prescrição ou consulta médica, tal como acontece com muitos métodos contraceptivos. Por outro lado, uma vez que consiste numa técnica de planeamento familiar natural, apresenta, por si só, uma taxa de falibilidade aumentada, motivo este apresentado por alguns autores para a ocorrência de uma gravidez não-planeada (Ingelhammar, Möller, Svanberg, Törnbom, Lilj, & Hamberger, 1994, Savonius, Pakarinen, Sjöberg & Kajanoja, 1995, Kero, Hoegberg, Jacobsson & Lalos, 2001, cit. in Kero & Lalos, 2005) e, subsequentemente, a realização de uma IVG.

Das restantes mulheres entrevistadas, duas referiram que a gravidez interrompida resultou de uma falha na utilização do preservativo (*“Depois preservativo. E o que aconteceu foi que o preservativo rebentou.”* (E4)), tal como era atestado por alguns autores (Bajos & Ferrand, 2002, cit. Moreau, Trussel, Desfreres & Bajos, 2010), ainda que não seja, por isso, consequência da falta de conhecimento no que diz respeito à variedade e às regras de utilização de métodos contraceptivos eficazes (Henshaw, Singh & Haas, 1999; Marston & Cleland, 2003). Outra participante referiu o recurso à pílula contraceptiva (*“O que era normal... a pílula.”* (E3)).

Na actualidade, já após a passagem pela experiência de IVG e pela consulta de planeamento familiar obrigatória por lei, as seis mulheres afirmam recorrer a diferentes tipos de contracepção, destacando-se, entre algumas delas, o recurso a métodos contraceptivos mais inovadores e seguros, como é o caso do Sistema Intra-Uterino (Endoceptivo) (*“Agora tenho o Mirena.”* (E3)), que foi posteriormente substituído pelo implante subcutâneo por questões relacionada com os efeitos secundários (*“Não, não, não [antes não tinha o implante]. Foi posto depois. (...) Sim, sim. [passei a usar o implante a seguir à IVG]. O implante, pronto... Por um lado, depois de ter metido o implante, passado algum tempo, a minha situação agravou-se... Comecei a ter muitas hemorragias e isso tudo. Por me causar anemia... E foi por isso que tive de trocar o implante pelo Mirena.”* (E3)) e o *Dispositivo Intra-Uterino* (*“Fui à minha médica. Portanto, eu pus o DIU”* (E6)).

Três das mulheres referem-se à pílula contraceptiva no período pós-IVG (“Não, não. Continua. Ou seja, estou a tomar a pílula... (E1); “O médico aconselhou-me a usar um dispositivo em chip... mas eu na altura recusei, e estou a tomar a pílula direitinha. (E2); “Sim, alterei [alguma coisa na contracepção]. Comecei a tomar a pílula.” (E4)), havendo, num dos casos, alusão directa a uma utilização mais consistente.

Por fim, apenas uma das mulheres refere agora recorrer ao preservativo enquanto método anticoncepcional (“Que utilizo o preservativo e que tenho mais cuidado.” (E5)), por oposição à não utilização de qualquer tipo de contracepção aquando da IVG, e salientando maior preocupação e atenção quanto à prevenção de gravidezes indesejadas.

Importante ainda mencionar que, embora haja referência directa à remoção do Dispositivo Intra-Uterino adoptado após a realização da IVG por uma das mulheres (“Portanto, eu pus o DIU e só o tirei há uma semana porque ele estava deslocado. E como não tenho vida sexual activa, optei por tirar, porque estava todo deslocado e não poderia... Fui fazer os exames de rotina e estava tudo deslocado e a médica retirou.” (E6)), mesmo esta participante revela estar mais ciente da necessidade de recorrer a um método contraceptivo para evitar a gravidez, um dia que volte a ter uma vida sexual activa (“Quando eu tiver vida sexual activa é diferente, claro que sim! Portanto... isso depois irei tomar a pílula. Apesar de que... eu não quero muito porque eu fumo, e a pílula... fumando com a pílula aquilo é péssimo para a saúde. Hmm... Só por uma questão de circulação, quando tenho retenção de líquidos não é muito aconselhável. Mas... quando tiver vida sexual activa, aí sim! Preservativo e portanto... Tem que ser preservativo, e talvez a pílula.” (E6)).

Curiosamente, quando directamente questionadas acerca do recurso a contracepção de emergência após a prática de relações sexuais desprotegidas ou após a constatação da falha na contracepção, nenhuma das mulheres referiu tal utilização, tendo uma delas dito justificado não ter recorrido a este método “porque pensava que não ia acontecer nada” (E2).

Considerando as alterações evidentes na prática contraceptiva anteriormente apresentadas, parece poder concluir-se que a IVG, quando associada à prestação de serviços ao nível do planeamento familiar cuidada, está associada a um aumento na aceitação (Solo, Billings, Aloo-Obunga, Ominde & Makumi, 1999; Johnson, Ndhlovu, Farr & Chipato, 2002; cit. in McDougall, Feters, Clark & Rathavy, 2009e no acesso (Rasch et al. 2005) face à contracepção.

No que diz respeito à dimensão específica da consulta de planeamento familiar, todas as participantes realizaram, após a IVG, a consulta de planeamento

familiar obrigatória, por lei, embora apenas três tenham recorrido aos serviços prestados pela médico de família, no centro de saúde da sua área de referência (*“Portanto... aconselharam-me a marcar uma consulta com a médica de família e eu... então marque!”* (E2); *“Sim, sim [fui ao Centro de Saúde a seguir à IVG]”* (E3); *“Não. Confesso que fui ao meu médico, ginecologista. (...) Médico de família!”* (E4)), sendo que no caso particular da E2 o planeamento familiar foi inclusivamente realizado ainda no contexto hospitalar, estando a cargo dos médicos ginecologistas do serviço (*“No hospital tinha-me mudado a pílula que eu estava tomar, por isso o médico [de família] simplesmente disse que deveria continuar”* (E2)). As restantes participantes optaram por recorrer aos seus médicos ginecologistas privados, tendo sido apontadas razões como: a preocupação com a privacidade e a confidencialidade (*“Pela razão de que eu não queria... Apesar de eu morar no Porto, Paredes é um meio pequeno... e o que eu fiz é uma questão de que não me orgulho de ter feito. Fiz e pronto, está feito. Mas eu sei que marcar uma consulta de planeamento familiar em Paredes era a mesma coisa que dizer a toda a gente o que é que se tinha passado. Porque aquilo em Paredes é um meio pequeno e tudo se sabe. E eu não quis. Recorri a outros métodos.”* (E5)), valores estes que são postos em causa com a comparência no centro de saúde em regiões consideravelmente pequenas e familiares; e a incompatibilização com os horários e tempos de espera dos centros de saúde (*“Simplesmente porque... Por causa dos horários, de depender muito tempo e...E como eu preciso desse tempo para os meus filhos, como estou desempregada... (...) Porque em termos de horários, o tempo de espera das consultas às vezes é muito grande...”* (E4)).

Quando questionadas acerca da sua percepção pessoal acerca da utilidade da realização de uma consulta de planeamento familiar após a IVG, pelo menos uma referiu *“Sim, sim [valeu a pena ir a essa consulta]”* (E1), e outra conferiu a sua percepção acerca do impacto da consulta ao nível da contraceção *“Ah, sim. Sem dúvida! [mudou a minha vida em relação a questões da contraceção]”* (E6)

Procurando agora compreender a relação entre a experiência de IVG e a dimensão da maternidade, com base na análise realizada aos conteúdos discursivos, pode dizer-se que, de uma forma geral, focando nas dimensões específicas contempladas no guião das entrevistas, nenhuma das seis participantes engravidou desde a realização da IVG, há um anos atrás, embora duas das seis manifestem o desejo de engravidar novamente no futuro (*“Sim, sim. [Penso vir a ter filhos no futuro]. Sim... sim tinha [Já antes, aquando da interrupção, tinha ideia de ter filhos]. A pessoa não era a correcta.”* (E2); *“Até porque eu quero engravidar e não quero tomar a pílula porque quero engravidar... Quis deixar um tempo. Um ano pelo menos, para regular e ver se tinha algum problema. E como quero engravidar... a pílula não é aconselhável,*

não é? Por isso não a uso. (...) Não me via mãe. Achava que não tinha condições para ter a criança porque ainda morava na minha casa de estudante... E hoje em dia não! Já tenho... estou mais dentro daquilo que quero... (...) E eu espero estar grávida [daqui a um ano]!” (E5)).

Às restantes mulheres, quando questionadas quais as razões pessoais associadas à decisão de não ter mais filhos, surgiram os seguintes motivos: problemas de saúde da mulher e a forte probabilidade, daí decorrente, de voltar a ter uma gravidez de risco (“*Eu se desejar ter um filho, tenho que passar por isso tudo, ou seja, tomar heparina, deixar de trabalhar... E é uma gravidez de risco... Prontos! E já não tenho idade, digamos... Idade ainda tenho alguma, mas já começa a escassear. Por isso mesmo, a minha decisão... Espero que não aconteça nada com a minha filha, mas a minha decisão é não ter mais filhos, por esse motivo. (...) Aliás! Até por ter... Já comentei isso com o meu companheiro, mas... nem que tenha... que eu queira, espero que ele não queira, porque ele também não quer, não é? Mas para já, mas pode mudar de ideias... não gostava de ter. Porque... só eu sei o que é que eu passei, que eu tive 4 abortos...*” (E1)); problemas de saúde do marido e condições de vida (“*Neste momento não há dinheiro e não há... não há como manter. E depois temos uma criança de dois anos... ainda é muito... Pronto, ainda é muito cedo para poder ter outros filhos... Por enquanto... Neste momento não dá para ter mais filhos. Por enquanto! Por enquanto não [penso ter mais filhos]! (...) No futuro, não sei... o meu marido está doente. Em princípio não. Por ter o marido doente e por causa desta situação que o Estado está a pôr!*” (E3); “*Se tivesse condições de vida mais fáceis, talvez. Mas... assim não poderia ter.*” (E6); assim como a situação nacional de crise económica e o facto de já ter outros filhos (“*Adoraria ter uma equipa de futebol! E adoraria ter imensos filhos. Mas não posso. Porque nos tempos em que vivemos não é permitido. Por condições financeiras, por todas as condições que neste momento vivemos... Estou desempregada, estou separada, não tenciono ter ninguém...*” (E4)).

No âmbito do projecto reprodutivo, importa reflectir também acerca de eventuais episódios passados, como é o caso do número de filhos de cada mulher, ou, por exemplo, a experiência singular de abortos espontâneos recorrentes relatada por uma das participantes. Se, por um lado, o risco de uma gravidez problemática decorrente da história prévia de aborto recorrente é apresentado como razão para ter optado pela IVG e para escolher não ter mais filhos no futuro, o facto de possuir outros filhos é também apontado, pelo menos por duas participantes, como a razão pela qual a mulher não deseja ou não pode ter mais filhos no futuro. As duas únicas participantes que não têm filhos, são as únicas que, quando questionadas, manifestaram o desejo explícito de voltar a engravidar. Reflectindo acerca desse

manifesto desejo de maternidade, e relacionando-o com os motivos apresentados para a tomada de decisão de IVG há um ano atrás. Nestes casos particulares, as razões apresentadas por estas mulheres eram estritamente relacionadas com a falta de percepção de continuidade da relação (“Sim... Sim tinha [a ideia de ter filhos]. A pessoa não era a correcta. (...) Apesar de na altura gostar dele, sabia que não era uma relação com futuro...” (E2)) e com a ideia de, na altura, não se sentir preparada para a maternidade (“Não me via mãe. Achava que não tinha condições para ter a criança porque ainda morava na minha casa de estudante (...) Entrei em pânico.” (E5)), tal como é referido por alguns autores, juntamente com a intenção de apenas adiar o projecto de maternidade (Faria e Col., 1985; Kero e Col., 2001). Posto isto, os resultados apresentados parecem sugerir alguma relação entre a opção pela IVG e o número de filhos da mulher, mas não tanto na associação entre a realização de uma IVG e o projecto de maternidade futura, onde não é possível inferir uma relação, uma vez que neste âmbito foram apresentadas situações muito distintas. De facto, de acordo com a literatura, há evidências empíricas de que mulheres com três ou mais filhos sejam mais propensas ao recurso à IVG como meio de controlo da dimensão da família e limitação do número de filhos (Henshaw & Silverman, 1988, Kaplan, Erickson, Stewart & Crane, 2001).

No que toca à relação da IVG com eventos reprodutivos, Coleman, Reardon, Stranhan & Cogle (2005) sugerem que, após a realização de uma IVG, a ocorrência de eventos reprodutivos, como abortos espontâneos, ou mesmo a ocorrência de uma nova gravidez, pode ter influência, a longo-prazo, na adaptação da mulher à experiência de IVG, uma vez que estes mesmos eventos podem avivar os sentimentos e emoções relacionados com a experiência da interrupção, mesmo no caso de mulheres que revelaram baixos níveis de *distress* no período circundante à própria IVG (Lemkau, 1988; Congleton & Calhoun, 1993; Stotland, 1998, cit. in Coleman, 2005).

Quando questionadas acerca das razões nas quais suportaram a tomada de decisão da IVG, foram distinguidos factores médicos, relacionados com a saúde física da mulher e com o decorrer da gravidez, já sugeridos por Uygur e Erkaya (2001), (*“Foi uma gravidez de risco e se eu tiver uma filha, um bebé, seja... vai ser muito difícil porque tenho problemas de... e tenho de deixar de trabalhar. Porque com o meu filho deixei de trabalhar. E tomei “heparina” a minha gravidez toda... (...) É muito duro, digamos... Se fosse uma gravidez saudável e pudesse trabalhar, e pudesse seguir a minha vida, não é, normalmente. Mas não! Tenho que deixar de trabalhar, tenho que tomar heparina, e já tenho quase 40 anos, não...”* (E1)), tal como factores económicos (Faria, Barrett & Goodman, 1985) e profissionais, relacionados com as condições de

vida e a situação profissional da altura (*"Fiz na altura porque trabalhava por turnos. Tinha a minha vida só para o trabalho."* (E6)), factores emocionais, insinuados como *"entrei em pânico e não conseguia"* (E5), factores relacionais (Sihvo e Col. (2003), como a consciência da instabilidade do relacionamento com o parceiro (*"Apesar de na altura gostar dele, sabia que não era uma relação com futuro e que a criança iria..."* (E2); *"O facto de ter uma vida conjugal muito instável... sempre com problemas!"* (E4); *"Não tinha um companheiro, mas sim tinha um amigo... ele não era uma pessoa... Ele é boa pessoa, mas não é o ideal de homem para mim! Também era mais novo..."* (E6)) e, por fim, outras razões pessoais não especificadas (*"Não é só isso. Também com problemas pessoais."* (E3), ou a consciência da responsabilidade e dos encargos de optar por ter um filho (*"hoje em dia para ter os filhos, não é só ter os filhos! Tem que se pensar muito bem nas opções que têm que se tomar, não é? Tenho que... por isso mesmo, é a melhor decisão."* (E1)). Efectivamente, alguns estudos advogam que a consideração de que as relações íntimas, a carreira e outros planos de vida pessoais podem ser condicionados pela maternidade (Faria, Barrett & Goodman, 1985; Allanson & Astbury, 1995, Patterson, Hill & Maloy, 1995, cit. in Coleman e Col., 2005) e a percepção de falta de condições psicológicas ou económicas para ter um filho (Uygur, & Erkaya, 2001) são umas das razões apresentadas pelas mulheres para justificar a tomada de decisão de IVG.

Qual o impacto da IVG nas relações íntimas?

Tal como é descrito na literatura (Lauzon, Roger-Achim, Achim, & Boyer, 2000; Bradshaw & Slade, 2003), a maioria das mulheres entrevistadas não identifica qualquer mudança na qualidade do relacionamento com o parceiro, embora duas das participantes tenham manifestado a ocorrência de algumas dificuldades relacionais no período posterior à IVG (*"Afectou... Afectou um bocadinho"* (E2); embora, num dos casos, essas dificuldades pudessem também advir de problemas relacionais prévios apresentados, como a toxicodependência do companheiro e a relação conflituosa e violenta entre ambos (*"Na altura a relação estava sempre a acabar e a começar. Tínhamos bastantes problemas porque o meu parceiro era toxicodependente."* (E2)), enquanto que no outro, o desenvolvimento dessas dificuldades e a tomada de decisão de separação conjugal, parecem estar mais relacionados uma exacerbação dos conflitos (Tornbom and Moller, 1999; Bianchi-Demicheli, Kulier, Perrin & Campana, 2000) e o surgimento de problemas de comunicação entre o casal (Bagarozzi, 1994; Freeman, Rickels, and Huggins, 1980; Speckhard & Rue, 1993), após a realização da IVG, nomeadamente, derivada da percepção e do descontentamento da mulher face ao suporte prestado pelo companheiro (*"Esteve [presente], mas no fim desiludiu-me."*

Já por isso o facto da nossa separação. (...) [o que senti em relação ao apoio do companheiro] Não teve [peso na separação]! Mas é uma das coisas que lhe aponto, que acho que ele não se portou bem” (E4)). A associação entre a experiência de IVG e o desenvolvimento de conflitos e violência conjugal pode, segundo alguns autores (Barnett e Col., 1992; Bradshaw & Slade, 2003; Rue e Col., 2004), ocorrer devido a sentimentos de raiva, uma reacção emocional muitas vezes associada à vivência desta problemática.

Alguns autores sublinham, igualmente, a existência de problemas prévios como factor preditivo do desenvolvimento de problemas psicológicos após a IVG, mas realçam também a associação entre a existência de problemas prévios e a exposição a problemas relacionais específicos, nomeadamente abusos sexuais e violência entre o casal. (Robinson, Stotland, Russo, Lang & Occhiogrosso, 2009)

Ainda quanto à possível influência da existência de problemas relacionais prévios, sabe-se que a percepção da relação íntima como instável, conflituosa e/ou temporária, podem igualmente ser entendidos como factores decisivos associados à decisão de abortar (Russo, Horn & Schwartz, 1992, cit. in Coleman, Rue & Coyle, 2009; Sihvo e Col., 2003).

No caso específico da separação conjugal, de acordo com alguns estudos, mulheres que realizaram uma IVG demonstram efectivamente maior propensão para o divórcio, mas também para relacionamentos mais curtos (Shepard & Bracken, 1979; Henshaw & Silverman, 1988; Belsey e Col., 1977; Freeman e Col., 1980; Berger, Gold, Andres, Gillett & Kinch, 1984).

Ainda no âmbito da percepção do impacto da IVG na relação emocional com o companheiro, duas das mulheres entrevistadas expuseram o enriquecimento e melhoramento da ligação estabelecida com o companheiro e o aumento da proximidade entre ambos como dimensões do impacto positivo da interrupção na relação íntima, o que vem, precisamente, corroborar a conclusão de Aléx e Hammarström (2004) acerca desta matéria. Na mesma ordem, a ideia de que, tal como as relações interpessoais possuem o potencial para influenciar a capacidade de coping e a reacção face a situações adversas como a IVG, as percepções e atitudes daí resultantes podem, por sua vez, ter impacto não só no indivíduo, mas também na interacção que este mantém com os que o rodeiam (Dykes e Col, 2011) legitima esta hipótese da experiência de IVG trazer benefícios para o relacionamento íntimo em que ocorre.

Quanto ao impacto da IVG no funcionamento sexual, nem na relação com o companheiro da altura, nem na actualidade, no relacionamento com um novo parceiro,

os efeitos parecem ser significativos (Miller, 1992; Bianchi-Demicheli, Perrin, Lüdicke & Campana, 2001). Isto porque também nesta investigação apenas uma das mulheres evidenciou algum constrangimento na dimensão sexual após a IVG, baseado, segundo a própria, no “medo de engravidar outra vez (...). Muito, muito medo de passar por aquilo que passei (...), de sofrer, de fazer sofrer e de fazer o que fiz” (E4), que podem por sua vez, dar origem a problemas sexuais efectivos, relação esta já comprovada por outros autores (Kero & Lalos, 2005; Fok e Col., 2005).

Qual a influência da IVG no contacto com as outras pessoas, nas relações interpessoais? Qual a influencia do suporte social na vivência do processo de IVG?

No conteúdo relativo à reacção do parceiro à decisão de IVG analisado nas entrevistas, todas as participantes afirmaram ter o consentimento do marido e que a decisão fora tomada em conjunto, tendo em consideração as circunstâncias específicas de cada caso. De igual forma, quanto à percepção de suporte por parte do companheiro, a maioria das mulheres sentiu-se efectivamente apoiada durante o processo, através de conversas e do acompanhamento às consultas, embora uma tenha demonstrado algum desagrado face à percepção de falta de suporte, proferindo inclusive, as seguintes palavras: “Se eu estivesse no papel dele, até acho que no dia tinha metido baixa e estava ao meu lado” (E4).

No caso particular de E6, após ter sido interrogada acerca da valorização do apoio prestado pelo companheiro, respondeu: “Valorizei... foi ele, portanto... ser compreensivo, estar sempre comigo, ir comigo às consultas... Depois temos que ir para casa pensar. Eu disse “olha, vou fazer, tens que me ajudar”. Ele esteve sempre comigo até... Valorizei portanto a... o apoio que ele me deu! Ele podia ir embora, dizer assim “olha, vou para casa e tu ficas aí sozinha”. Não! Ele esteve comigo, sempre, sempre. Eu até fui trabalhar com hemorragias. Ele não queria, mas eu fui. E portanto... o apoio dele e a compreensão! Valorizei bastante.”, o que sugere que, para além da importância da presença física, a compreensão e a preocupação também são formas de suporte percebidas como relevantes para a mulher. À semelhança do que foi acima descrito, também outras participantes demonstraram valorizar o apoio do companheiro em diferentes vertentes, salientando a aceitação da decisão de IVG por si mesma tomada (“Ele percebeu a minha atitude” (E1); “Ele aceitou. Era o melhor que fosse para mim” (E6)) ou, por outro lado, a tomada de decisão em conjunto com o companheiro (“mesmo em comum acordo com os dois! Tem que ser sempre comum acordo com os dois! Não ia ter um filho, sem o acordo dos dois.” (E1); “Tomámos a decisão em conjunto, falámos sobre isso... (...) O que é que eu fiz [para lidar com os

sentimentos decorrentes da gravidez durante este ano]? Falei com o meu marido! E, pronto, falava comigo...” (E5)), exemplos estes que evocam a ideia de que, ao invés do que acontece com este tipo de suporte, a sensação de ser forçada ou coagida pelo parceiro, ou por outros significativos, para optar pela IVG, tem um efeito contraproducente, uma vez que a coerção está associada a um aumento do risco de consequências negativas pós-IVG (Friedman, Greenspan, & Mittleman, 1974). Tal como sugere Allanson (2007), as mulheres nestas condições desejam ser apoiadas na sua própria decisão, ao invés de serem expostas à opinião dos outros, já que este tende a ser um tipo de suporte inútil.

No que diz respeito à percepção do apoio prestado por familiares e amigos, quatro das mulheres descreveram o importante papel que figuras como a mãe (*“Foi sem dúvida a minha mãe [que me apoiou durante o processo e a tomada de decisão.” (E2)), a irmã (“Eu como eu nunca fui a um psicólogo, nunca falei sobre isso, por isso não se... se algumas das minhas... das minhas tristezas ou das inseguranças ou isso... poderão... neste último tempo... que poderá ter vindo do aborto. O que eu sinto é mais necessidade de falar. Às vezes eu... Aproximei-me muito da minha irmã. (E5)) e, num dos casos, também o cunhado (“Contei ao meu cunhado, contei... E pedi para não contar à minha irmã. (...) À minha irmã, com quem eu falo muito, não contei por ela estar de bebé. Porque acho que não era a altura ideal, não é? Fazia-lhe mal, com certeza, e confusão...” (E4)), a melhor amiga (“Porque no dia em que isso [IVG] aconteceu, eu tive uma amiga que trabalha no hospital e que veio para casa, ajudar-me a fazer a medicação... e ficou comigo durante o dia...” (E4)), tiveram ao longo do processo, servindo de auxílio na ponderação da tomada de decisão, demonstrando respeito e oferecendo apoio perante a decisão tomada (*“A minha mãe sempre apoiou a minha decisão. Disse que se eu quisesse ter a criança, que me apoiava, de maneira igual. Que era uma decisão que tinha de ser eu a tomar” (E2)), acompanhando, presencialmente, na ida as consultas ou até na descoberta da gravidez (“Contei mal soube que estava... Aliás, foi a minha mãe que fez comigo o teste!” (E2))”, e ainda, simplesmente como forma ventilação emocional (“Falei agora posteriormente com a minha irmã, porque calhou em conversa.” (E6); “Sim. Falei no meu trabalho, só falei com as minhas colegas. (...) Com duas ou três colegas que eram na altura... e ainda são minhas amigas” (E6)).**

Quando directamente questionadas acerca do motivo pelo qual havia sido tomada a opção de não partilhar a experiência de IVG com determinadas pessoas próximas, algumas mulheres fizeram referência a sentimentos como a vergonha, decorrente da percepção da irresponsabilidade da mulher por não ter evitado a ocorrência da gravidez indesejada (*“por um bocadinho de vergonha...*

Responsabilidade [era o que passava na minha cabeça na altura]. Acima de tudo. Porque nos dias de hoje, não é necessário, existem outros métodos, como a pílula do dia seguinte e assim... que evitam estas situações.” (E2)), mas também ao facto da IVG ser lida como um assunto pessoal, privado, que apenas diz respeito ao casal (“Porque eu não quero que ninguém se meta na minha vida por isso...” (E3); “Só eu e o meu marido é que sabíamos, não tínhamos nada que contar a mais ninguém! (...) Sim, sim, é isso [é uma situação privada, pessoal, do casal]” (E3)). De facto, para alguns autores, o medo do julgamento ou da opinião negativa de outros significativos acerca da IVG, pode conduzir à ocultação e ao secretismo relacionados com a realização da interrupção, mesmo nos casos em que a mulher é capaz de aceitar a IVG (Dykes e Col., 2011), sendo que esta relutância em partilhar a experiência pode manter-se mesmo após o término do processo de IVG (Major et al., 1990).

Num caso particular, a gravidez de um membro da família com quem a mulher mantinha uma relação de proximidade, foi apresentada como razão primordial para a IVG não ter sido partilhada com essa mesma figura (*“Contei ao meu cunhado e pedi para não contar à minha irmã. (...) À minha irmã, com quem eu falo muito, não contei por ela estar de bebé. Porque acho que não era a altura ideal, não é? Fazia-lhe mal, com certeza, e confusão...” (E4)).*

Considerando a percepção de falta de suporte social por parte do companheiro, da família e dos amigos durante o processo de IVG, enquanto factor de risco para um impacto psicológico negativo esta experiência, apenas uma das seis mulheres entrevistada parece exibir este factor, já que referenciou ter ficado desiludida com o comportamento do companheiro no decorrer do processo, tal como foi já acima descrito. Quanto às restantes mulheres entrevistadas pode dizer-se que, pelo contrário, tinham, a seu favor, um importante factor protector como o suporte social, que está comumente associado à redução do *distress* após a IVG (Major e Col., 1998).

Uma outra importante dimensão do suporte social a ser considerada centra-se na equipa dos profissionais de saúde responsáveis, internos ou externos ao serviço em que a IVG foi realizada, uma vez que os cuidados prestados neste contexto são de enorme importância, dada a sensibilidade do tema e o eventual estado de extrema susceptibilidade emocional das mulheres que procuram os serviços (*“As pessoas do outro lado [profissionais], claro que são importantes. E são médicas, que fizeram um juramento!” (E5)).* No que diz respeito à avaliação feita pelas participantes acerca desta vertente do suporte social pode dizer-se que, de um modo geral, esta é positiva, sendo realçadas pelas mulheres algumas características como a compreensão (*“Eu fui muito bem atendida. Compreenderam tudo. Avalio de forma muito positiva. Porque*

não tenho razão de queixa.” (E6)), a simpatia (“Essa médica foi muito simpática! Não olhou para mim como uma assassina.” (E5) e a pertinência dos cuidados prestados no contexto hospitalar, nomeadamente, da realização da consulta de psicologia e do acompanhamento de assistência social recomendados por lei (“A consulta de psicologia foi muito boa. (...) Claro [que a vale a pena a realização dessas consultas no serviço]!” (E5).

No entanto, é inegável que também algumas críticas negativas objectivas foram apontadas à equipa do hospital em questão. A percepção de frieza (“É a coisa mais fria que alguma vez tive!” (E5)), de insensibilidade (“Era um bocadinho carne para canhão! “Siga a próxima, vamos lá ver se isto está bem feito ou não” (E2); “A médica foi bruta (...) Sangrei, ela nem quis saber! Não quis saber.” (E5)), de falta de fornecimento de recomendações e informações médicas acerca dos procedimentos efectuados no domicílio (“Quando foi dos comprimidos, eles deviam-me ter explicado e ter-me feito mais exames, não é?” (E3); “Deu-me os comprimidos e deu-me um líquido que eu tinha que... tinha que desfazer o medicamento no líquido e introduzir. Foi a única explicação que eu tive!” (E5)), de alguma negligência (“E de facto foi o que aconteceu comigo. Disseram que estava tudo direitinho, que estava a correr sob a normalidade e afinal não tinha acontecido!” (E2)) e de um nível indesejável de falta de compreensão (“Eu, para mim, o melhor era ser método cirúrgico. A médica não me explicou, não quis saber!” (E5)) foram aspectos presentes no conteúdo discursivo aqui analisado. Fazendo referência a uma médica específica do serviço, uma mulher proferiu a seguinte expressão: “Ela olha para nós como se nós fôssemos umas assassinas. É a coisa mais fria que eu algum dia tive!” (E5), à semelhança da resposta à questão sobre o suporte prestado pelo profissionais de enfermagem que, em alguns momentos, foram igualmente descritos de forma pejorativa (“mandou a enfermeira tirar-me sangue. Outra senhora que também olha para mim como se eu fosse uma assassina!” (E5)). Numa outra excerto retirado de uma das entrevistas, a descrição e avaliação do apoio prestado pelos profissionais durante todo o processo de IVG parece apontar no sentido da “mediocridade” do serviço, em comparação directa com outro serviço da zona, e inclui a seguinte citação: “Eu, em termos de comparação com a maternidade, posso dizer que foi medíocre. Visto que... era um bocadinho... carne para canhão! “Siga a próxima, vamos lá ver se isto está bem feito ou não” e.... siga” (E2).

Quando questionadas especificamente sobre o apoio psicológico e de assistência social prestados no serviço hospitalar, algumas mulheres afirmaram que “isso foi cinco estrelas” (E3), que “a consulta de psicologia foi muito boa. Foi a melhor parte do processo.” (E5) e que, inclusivamente, consiste numa parte importante do

processo, uma vez que pode contribuir para uma tomada de decisão mais informada (*“A conversa com a psicóloga pode ali decidir alguma coisa”* (E5)).

No que diz respeito a apreciação do apoio prestado por outros profissionais de saúde, externos ao serviço hospitalar, nomeadamente, Ginecologistas-Obstetras aos quais algumas destas mulheres recorreram no privado, foram mencionados alguns aspectos particulares como a percepção de falta de conhecimentos acerca da prática de IVG em Portugal (*“fui a uma particular e ela nem sabia que era às dez semanas, portanto...”* (E6)), e salientada a importância da divulgação pública de informações deste cariz e a regulamentação cuidada da problemática, tal como é manifestado na seguinte referência: *“A obstetra que eu fui, ela... é uma excelente obstetra e enfim... Não tem formação... Não formação, é informação! De como é que se processa... Eu acho que isso tinha que ser debatido, tinha que ser informado, tinha que haver legados, ou alguém que fosse informado... Isso é muito importante! Não têm essa percepção mas isto é muito importante porque é uma coisa em que a pessoa tem de ser muito bem informada e a pessoa tem que ser um bocado forte.”* (E6).

Qual a influência da realização de uma IVG no posicionamento da mulher acerca prática de IVG?

De acordo com alguns autores, as estatísticas relativas ao posicionamento social face à IVG é, para muitas mulheres, assumido de acordo com a dicotomia existente entre a opinião acerca do direito da mulher de interromper uma gravidez indesejada e a opinião acerca do recurso pessoal a IVG (Littman e Col. 2009).

Em conformidade com a ideia de que, após a passagem pela experiência de uma IVG a maioria das mulheres tende a manifestar atitudes favoráveis face à problemática (Alex & Hammarstrom, 2004), cinco das mulheres entrevistadas se apresentam como sendo a favor do direito à IVG, ainda que apresentando algumas ressalvas e, por vezes, algumas reticências quanto à adopção de uma postura extremista, tal como fica evidente nos excertos apresentados abaixo:

“O que é que eu pensava antes [sobre a IVG]? Pronto... Por um lado até foi bom, porque neste momento não há possibilidades para ter filhos. Até por um lado até foi bom, falei, pronto... não é? Pronto... E por outro lado... Também... Por um lado é bom, mas por outro lado não porque... também não é bom por causa da saúde da mulher...” (E3).

“Não, não, não [a IVG não alterou a minha ideia]! Nada! (...) [Posiciono-me] Favoravelmente, favoravelmente! Não [antes não tinha esta perspectiva], porque também não sabia... Não, não... Não, antes não tinha. Simplesmente não tinha nada!” (E6).

“Se calhar olho para a questão do aborto com outra... com outros olhos! (...) eu pensava que era um decisão que se poderia tomar, basicamente, de ânimo leve... Pronto... “vamos lá, está feito”... Mas de facto não é tão fácil. Nós sabemos que temos uma... uma criança, não é? Uma criança, neste caso, um embrião...e que é nosso, no fundo. E depois estamos a matá-lo, entre aspas. Sempre fui a favor do aborto, mas é... Não é fácil para uma mulher. Continuo a ser a favor. Seja... quem quiser que o faça, mas eu não quero fazer mais. Não quero voltar a fazê-lo.” (E2)

Por outro lado, apenas uma participante afirma manter, após a realização da IVG, uma atitude assumidamente desfavorável, fazendo especial referência ao impacto negativo da IVG ao nível da auto-estima. *“Eu era contra. E continuo a ser! A mulher perde... auto-estima. Não [ter passado pela IVG não traz nenhuma alteração a esta postura]! Não, porque eu era contra e... era contra, fiz, arrependi-me... daí ser contra! Acho que a mulher perde muito.” (E5)).*

De forma difusa, a restante participante, pareceu demonstrar uma postura ambivalente face à questão da IVG. Isto porque, em diferentes momentos da entrevista, referiu: *“Porque sou contra” (E4)* e *“É assim: eu sou a favor”*. A discordância manifestada foi, no entanto, posteriormente justificada através das seguintes palavras: *“Eu sou a favor quando as pessoas não têm condições e se acontece algum... alguma desgraça, entre aspas, que a pessoa não está à espera. Que isso realmente seria uma oportunidade de escolha para as pessoas poderem, ou não, optar por essa situação. (...) Ou por saúde, ou por desemprego, ou por outra coisa qualquer que não tenha condições para ter um filho, acho que devem ter essa opção de escolha. Às vezes é preferível do que ter a criança, não é?” (E4).*

Ainda que mais esclarecida a posição da mulher, a sua inicial ambivalência parece ser reveladora de um potencial conflito psicológico (Dykes e Col., 2011), resultante da incongruência entre atitudes e emoções da mulher face ao tema: a designada “Dissonância Cognitiva” (Festinger, 1957, cit. in Festinger & Carlsmith, 1959). Embora a maioria das mulheres manifeste de facto, atitudes positivas em relação ao princípio da IVG, é bastante comum que a mulher se apresente contra o aborto no seu caso específico (Aléx & Hammarström, 2004), ainda que possa ser a favor do direito da mulher à IVG (Littman e Col. 2009). Tal ideia parece de facto ser sugerida através dos seguintes excertos das entrevistas realizadas:

“Às vezes, às vezes... é preferível do que ter a criança, não é? Mas... custa-me muito pensar o facto de fazer uma interrupção. Sempre me custou! E sempre era uma coisa que eu dizia que nunca me iria acontecer.” (E4)

Nós sabemos que temos uma... uma criança, não é? Uma criança, neste caso, um embrião...e que é nosso, no fundo. E depois estamos a matá-lo, entre aspas.

Sempre fui a favor do aborto, mas é... Não é fácil para uma mulher. Continuo a ser a favor. Seja... quem quiser que o faça, mas eu não quero fazer mais. Não quero voltar a fazê-lo."

Numa investigação qualitativa recente, realizada em dois diferentes estados do sul e Centro-Oeste dos EUA, foram explorados os conhecimentos e as opiniões políticas de vinte mulheres que realizaram uma IVG, acerca da regulamentação da problemática, nomeadamente da cobertura desta intervenção por parte dos seguros de saúde, foram evidenciados, entre outros, o medo e a preocupação relacionados com a possibilidade de algumas mulheres poderem abusar do sistema, e relacionados com o estabelecimento de prioridades do sistema de saúde (Cockrill & Weitz, 2010). De forma análoga, na presente investigação qualitativa, foi evidenciada por uma das participantes a preocupação com o facilitismo associado à regulamentação da IVG em Portugal (*"Se bem que... facilitismo... também não acho bom que qualquer pessoa possa fazê-lo. E ter menos cuidados e... ser mais... não diria leviana, mas... Se calhar para as miúdas até sim! Para as adolescentes... Acho que sim! Não devia haver tanta facilidade para se poder optar por essa... por essa questão. Mas, no entanto, também acho que, as pessoas que não têm condições, e por vários motivos, não é?"* (E4)).

Como é que a mulher descreve a passagem pelo processo de IVG? Como é que a mulher percepciona e descreve a forma como lidou com o processo de IVG?

Quanto à questão das apreciações gerais feitas pelas mulheres em relação ao processo de IVG e às condições oferecidas pelo serviço em que a intervenção foi há um ano realizada, foi evidente o descontentamento das mulheres face a alguns pontos específicos, tais como: a partilha do espaço entre as consultas externas das diferentes dimensões da obstetrícia, tendo estas mulheres, contra sua vontade, de aguardar pela sua vez juntamente com mulheres grávidas ou com bebés; o elevado tempo de espera pela consulta de IVG previamente marcada; a fraca divulgação e a falta de informação associada à problemática da IVG, nomeadamente, por parte dos profissionais de saúde; o potencial facilitismo da questão da IVG, associado à sua regulamentação legal; o desagrado face à impossibilidade de escolha do método de IVG a ser implementado, como acontece no serviço hospitalar em causa e também face à ocorrência de uma das fases de toma da medicação abortiva no domicílio, sem possibilidade de recorrer aos serviços hospitalares para tal. Exemplos:

"Eu estava no HSJ para fazer um aborto... que foi uma decisão minha, tudo bem, mas eu era uma doente em que, ao meu lado, eu tinha mulheres grávidas e mulheres com uma criança... Acho que mulheres com crianças. Que tinha tido bebés há pouco tempo, acho eu... Isso é que foi desumano!"

“[Custou-me] A mim e a toda a gente que estava lá! Porque se a senhora... eu penso que se a doutora entrasse no hospital naquele... Eu peço-lhe que vá lá ao local e que olhe para a cara das mães, para a cara das pessoas... Vê quem vai fazer um aborto... quem vai abortar e quem não vai abortar! Nota-se na cara das mulheres! (...) Nós vamos abortar, e ao nosso lado temos uma senhora grávida...” (E5)

Quando questionadas acerca das razões nas quais suportaram a tomada de decisão da IVG, foram distinguidos factores médicos, relacionados com a saúde física da mulher e com o decorrer da gravidez (Uygur & Erkaya, 2001) (*“Aliás, eu nem podia engravidar! Mas pronto... Isso já era outra história! Teve... foi... Quer dizer... Eu fiz uma coisa, que tinha que ser feita, de... (...) olhe, a relação não deu certa... mas foi uma altura da minha vida em que eu não poderia ter engravidado. (...) se tivesse condições, também, naquela altura da minha vida, não poderia. Portanto iria fazer de qualquer forma.”* (E6), factores económicos, já referidos na literatura (Faria, Barrett & Goodman, 1985) e profissionais, relacionados com as condições de vida e a situação profissional da altura (*“Foi o facto de estar desempregada.”* (E4); *“Fiz na altura porque trabalhava por turnos. Tinha a minha vida só para o trabalho.”* (E6)), factores emocionais (*“Entrei em pânico! Não me via mãe... (...) Já era casada. E tinha todas as condições para ter a criança só que eu entre em pânico e não conseguia”* (E5)), factores relacionais, tal como a consciência da instabilidade do relacionamento com o parceiro sugerida por Sihvo e Col. (2003) (*“Sim... sim tinha [Já antes, aquando da interrupção, tinha ideia de ter filhos]. A pessoa não era a correcta.”* (E2); *“O facto de ter uma vida conjugal muito instável... sempre com problemas!”* (E4); *“Não tinha um companheiro, mas sim tinha um amigo... (...) Ele é boa pessoa, mas não é o ideal de homem para mim! Também era mais novo...”* (E6) e, por fim, outras razões pessoais não especificadas (*“Não é só isso. Também [teve que ver com] problemas pessoais. (...) [Ele] não queria muito [a IVG], mas por outras razões pessoais, tive que ser eu voluntariamente”* (E3); *“É assim: não era o que eu queria, mas tinha que ser. Eu tinha consciência disso. Não havia alternativa. Fi-lo pensado e fi-lo porque tinha de ser.”* (E4)), ou a consciência da responsabilidade e dos encargos de optar por ter um filho (E1). Efectivamente, alguns estudos advogam que a consideração de que as relações íntimas, a carreira e outros planos de vida pessoais podem ser condicionados pela maternidade (Faria, Barrett & Goodman, 1985; Allanson & Astbury, 1995; Patterson, Hill & Maloy, 1995, cit. in Coleman e Col., 2005) e a percepção de falta de condições psicológicas ou económicas para ter um filho (Uygur, & Erkaya, 2001) são umas das razões apresentadas pelas mulheres para justificar a tomada de decisão de IVG.

Para além do que foi acima descrito, circunstâncias específicas envolvidas na IVG foram também salientadas e descritas pela maioria das participantes, como a

ocorrência de complicações médicas (“Entretanto ocorreram hemorragias, durante mais de um mês (...). E depois, mais ou menos passados três meses (...) tive que ir de urgência para a maternidade, quando me fizeram uma raspagem completa” (E2)) e a experiência de sensações físicas desagradáveis e dolorosas (“*Aquilo é complicado a nível do corpo, da manifestação (...). Para mim foi doloroso. Tive muitas contracções muitas vezes*” (E6) ou “*Foi praticamente quando introduzi os comprimidos, fiz logo a dilatação. Ao fim sofri uma hora e meia. Tive 40º de febre. Foi um momento terrível.*” (E6)), durante o processo da interrupção.

Uma das mulheres, após ter sido questionada, revelou a sua opinião pessoal quanto à importância da investigação científica sobre esta temática específica, considerando que a sua compreensão é o ponto de partida para a avaliação e subsequente optimização e aperfeiçoamento dos serviços prestados.

Quando directamente questionadas acerca da forma como lidaram com a vivência da IVG no passado, tendo agora a clareza derivada do distanciamento temporal da situação, apenas duas das mulheres entrevistadas afirmaram não ter lidado “muito bem com a situação”, manifestando, por um lado, pensamentos recorrentes sobre a situação algumas vezes associados à vontade de chorar e de falar sobre o assunto (“*Eu não lido muito com a... com a... a situação. Penso muitas vezes nisso. Muitas vezes, quando bebo... bebo um bocadinho mais... penso e até falo com ele sobre isso e... e choro às vezes. Arrependi-me muito. (...) O que eu sinto é mais necessidade de falar. Às vezes eu... Aproximei-me muito da minha irmã. (...) O que eu fiz [para lidar com os sentimentos]? Falei com o meu marido! E, pronto, falava comigo.*” (E5)), ou, por outro, recordando um mal-estar excessivo associado ao contacto com grávidas ou crianças, na altura em que foi realizada a IVG (“*Lidei muito mal. Muito, muito mal. Enquanto a minha irmã dizia que estava de bebé e ia às consultas... e o facto de ter as consultas em simultâneo... ao mesmo tempo que as mães que vão ter bebés e as que estão a fazer interrupção... acho isso péssimo! Muito, muito mau estar tudo junto. Custou. Até me arrepiou isso!*” (E4)), embora na actualidade, passados cerca de doze meses tenha igualmente dito: “*Eu acho que... consegui lidar e ultrapassar a situação!*”.

As restantes mulheres, de forma geral, consideram ter lidado bem com o processo, alegando, por exemplo, a ausência de impacto ao nível dos padrões de sono e de apetite (“*Lidei bem! (...) Não, não, não, não! [não houve alterações de sono e de alimentação].*” (E1); “*Não. Não [não associo nenhuma alteração na minha vida à IVG]. Tudo na mesma. (...) Lidei [bem com a interrupção].*” (E3)), e destacando várias vezes factores como a racionalidade e a convicção na decisão tomada de há um ano atrás, como importantes estratégias de coping (“*Foi... correu bem... Eu por essas*

situações assim... analiso bem, e penso bem nas coisas portanto... resolvo bem as coisas! (E1); Acho que apesar de tudo lidei bem. Tentei lidar de uma forma madura... porque a decisão tinha que ser tomada por mim.” (E2); “Eu tenho... eu graças a Deus sou uma pessoa, portanto... forte! E todas as pessoas têm também momentos fracos, certo? (...) Só que... lidei da forma “vou fazer, tem que ser feito”... Eu lidei de uma forma normal! Não lhe posso dizer que foi assim de uma forma anormal porque foi tudo normal. Então, eu estou-lhe a dizer que fui com hemorragias para o trabalho. Foi um dia normalíssimo, com nada a acontecer.” (E6)).

Ainda que a maioria das mulheres descreva e percepcione de forma positiva a sua capacidade de *coping* face à situação passada, parece fundamental ressaltar as inúmeras referências feitas à dificuldade e delicadeza do processo, nomeadamente da fase de tomada de decisão (“*E apesar de tudo acho que lidei bem! “Apesar de tudo” é... Como é que hei-de explicar? Não é fácil. Nós pensamos que só acontece aos outros. Quando acontece a nós... a questão muda de figuras e... Não foi fácil! O “apesar de tudo” quer dizer que não foi fácil, mas correu...” (E2); “É sempre uma opção muito difícil de uma mulher tomar. De uma mulher e do pai, também... tomar essa opção. Eu acho que cabe a cada um decidir... mas, de qualquer forma, é muito difícil optar por isso!” (E4)).*

Conclusão

A IVG é, e talvez sempre será, um tema que desperta interesse e despoleta opiniões polarizadas. Apesar da legislação portuguesa ter já declarado um quadro de despenalização, considerando os resultados previamente apresentados que, de uma forma geral, parecem confirmar a existência de algum desassossego associado à experiência de uma IVG, a alteração da lei da não parece ter ocorrido há tempo suficiente para que se verifiquem mudanças significativas nas crenças e valores de uma sociedade. Ainda hoje, a percepção do estigma (Major & Gramzow, 1999) e o medo (Dykes e Col., 2011) ou desconforto face ao julgamento dos outros, parecem continuar presentes e a ter um impacto negativo na adaptação da mulher à sua decisão de IVG.

Focando, em primeiro lugar, na questão do impacto da IVG na saúde mental da mulher pode dizer-se que este não se apresenta como sendo significativo. Isto porque a IVG, embora constitua uma situação indubitavelmente stressante (ou, citando Lazarus e Folkman (1984), não se falaria em *coping*) e “delicada”, apenas parece estar associada à manifestação reversível de reacções emocionais negativas (e.g. Adler e Col., 1992; Major & Cozzarelli, 1992), como a tristeza, o choro e o arrependimento, mas também positivas, como o alívio. Na mesma linha, no que diz respeito à associação entre a passagem por uma IVG e a ocorrência de alterações comportamentais ao nível do recurso a acompanhamento psicológico, a medicação psiquiátrica e do consumo de substâncias ilícitas e álcool, os conteúdos analisados não parecem comprovar tal inferência.

Quanto à contracepção, o presente estudo parece mostrar evidência de, após a experiência de IVG, ocorrer uma mudança clara na postura da mulher face a esta dimensão. Para além das alterações na utilização de métodos contraceptivos após a IVG, as mulheres confirmaram a influência da passagem por esta experiência, e pela consulta de planeamento familiar obrigatória subsequente, no sentido de um aumento da responsabilidade, da atenção e do conhecimento acerca da prática contraceptiva. Face aos conteúdos apresentados e analisados relativos a esta dimensão, surgem algumas questões específicas relacionadas com a comparência da mulher na consulta de planeamento familiar e, noutra lógica, o recurso a contracepção de emergência. Assim, importa, no futuro, averiguar, em primeiro lugar, se as mulheres comparecem efectivamente à consulta de planeamento familiar obrigatória, qual a estrutura concreta desta consulta; e por outro lado, explorar o recurso da mulher a contracepção de emergência, após a ocorrência de relações sexuais desprotegidas e tendo conhecimento do risco de engravidar.

Considerando a questão da maternidade, ainda integrada no tema do planeamento familiar, os resultados apresentados não parecem comprovar a existência de uma relação efectiva entre o projecto de maternidade e a IVG, uma vez que o desejo de engravidar no futuro não parece estar relacionado com a opção passada IVG, para a qual são apresentadas razões objectivas e independentes. O desejo de ter um filho após a IVG parece coincidir apenas com a inexistência de filhos e a disponibilidade actual da mulher para a maternidade.

Quando averiguada a relação entre a realização de uma IVG e o posicionamento da mulher face à problemática, verificou-se que, tal como era descrito na literatura (Alex & Hammarstrom, 2004), a maioria das mulheres que experienciaram uma IVG manifesta uma atitude favorável, ainda que, tal como foi referido, esta experiência possa de algum modo influenciar a sensibilidade da mulher face ao processo. Associada à ideia de que o processo de IVG constitui um momento “complicado” e que a tomada de decisão é difícil, é comum a manifestação de alguma ambivalência por parte da mulher, parecendo estar inerente uma clivagem entre a opinião pessoal acerca do direito da mulher à IVG e a sua opinião acerca do recurso pessoal a esta opção reprodutiva (Littman e Col. 2009).

Reflectindo acerca do impacto da IVG nas relações interpessoais, nomeadamente, nas relações íntimas, os resultados apresentados parecem demonstrar a existência dificuldades relacionais entre o casal (e.g.:Lauzon, Roger-Achim, Achim, & Boyer, 2000; Bradshaw & Slade, 2003), relacionadas, essencialmente, com a percepção de falta de apoio após a IVG ou, por outro lado, a existência prévia de problemas conjugais, muita vezes apontada como razão para a tomada de decisão de IVG (e.g. Russo, Horn & Schwartz, 1992, cit. in Coleman, Rue & Coyle, 2009). A este nível, de acordo com a literatura (Aléx & Hammarström, 2004), algumas mulheres identificam uma influência positiva na relação o que poderá estar igualmente relacionado com a percepção de suporte, tal como pode acontecer nas outras relações interpessoais. Isto porque, tal como refere Dykes e Col. (2011), entre os relacionamentos e a adaptação da mulher à IVG existe uma relação bidireccional, já que os dois se influenciam mutuamente. Na questão particular do impacto da IVG funcionamento sexual, apenas houve referência à manifestação do medo da ocorrência de uma nova gravidez indesejada e da repetição do processo, ainda que este não pareça ter conduzido ao desenvolvimento de disfunções sexuais (Kero & Lalos, 2005). À semelhança do que acontece nos relacionamentos íntimos, todo o suporte social prestado à mulher pode ser protector e contribuir para uma melhor adaptação à situação, ou ser altamente nocivo, por comprometer a aceitação e a capacidade de *coping* da mulher. Enquanto a presença física, a tomada de decisão conjunta (no caso específico do companheiro), a

compreensão e a preocupação, são formas de suporte positivas, que são valorizadas pela mulher; ser coagida (Friedman, Greenspan, & Mittleman, 1974) ou simplesmente exposta à opinião dos outros (Major e Col., 1997) pode conduzir ao secretismo e assim dificultar a adaptação à experiência.

Na avaliação geral ao processo de IVG a que foram submetidas, e na análise da forma como cada participante percepciona, agora com 12 meses de distanciamento, a forma como lidou com a experiência, foram salientados vários aspectos importantes que parecem merecer atenção especial. Quando consideradas as críticas apontadas à equipa de profissionais, verificou-se que estas coincidem com alguns dos aspectos mencionados num estudo qualitativo realizado cerca de um mês após a experiência de IVG (Aléx & Hammarström, 2004). Meditando acerca destas semelhança, surge a hipótese da relação destas críticas negativas dirigidas aos profissionais, assim como das queixas das participantes relacionadas com a estrutura e com as condições associadas ao processo (e.g. espaço; tempo de espera), com a delicadeza do processo e a susceptibilidade das mulheres nestas circunstâncias, podendo desta forma esta informação não corresponder, necessariamente, a uma avaliação negativa dos serviços prestados em Portugal às mulheres que recorrem a IVG.

Numa investigação do tipo qualitativo, para a análise e interpretação dos dados não existem fórmulas e, por muito que se tente descrever pormenorizadamente todos os procedimentos metodológicos, esta abordagem não permite a replicação perfeita do processo analítico. O facto das entrevistas terem sido realizadas por meio telefónico, pode eventualmente consistir numa limitação do presente estudo, uma vez a distância espacial entre entrevistador e participante impossibilita a observação de aspectos importantes relacionados com a comunicação não-verbal, na compreensão e validação da informação recolhida (Nogueira-Martins & Bogus, 2004). Por outro lado, uma vez que esta investigação qualitativa implica a análise e interpretação dos conteúdos discursivos proferidos por outrem, o facto das conclusões obtidas não terem sido devolvidas aos informantes, pode pôr em questão a legitimidade da análise realizada sob os olhos do investigador, ainda que para tal tenha havido a colaboração e análise crítica constantes de outros profissionais da área.

Relembrando o facto de a presente investigação não aspirar a generalização, mas sim a compreensão, tão aprofundada e fidedigna quanto possível, da experiência de IVG em Portugal, conclui-se que juntamente com a esta problemática surge um sem número de vulnerabilidades, que podem ser tanto alusivas ao sistema, como às mulheres que dele usufruem, mas que, sem dúvida necessitam de ser consideradas e reflectidas, de forma a otimizar e humanizar os serviços prestados e, incidindo no planeamento familiar, alcançar o objectivo da prevenção.

Bibliografia

- Adler, N. E., David, H. P., Major, B. N., Roth, S. H., Russo, N. F. & Wyatt, G. E. (1990). Psychological Responses After Abortion. *Science*, 248, 41-44.
- Adler, N. E., David, H. P., Major, B. N., Roth, S. H., Russo, N. F. & Wyatt, G. E. (1992). Psychological factors in abortion: a review. *The American psychologist*, 47(10), 1194-204
- Adler, N.E., Ozer, E.J., & Tschann, J. (2003). Abortion among adolescents. *American Psychologist*, 58 (3), 211-217.
- Allanson, S. (2007). Abortion decision and ambivalence: Insights via an abortion decision balance sheet. *Clinical Psychologist*, 11, 50-60.
- Aléx, L. & Hammarström, A. (2004) Women's experiences in connection with induced abortion - A feminist perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18 (2), 160-168.
- Ferreira, A.L., Lemos, A., Figueiroa, J.N. & de Souza, A.L. (2009). Effectiveness of contraceptive counselling of women following an abortion: a systematic review and meta-analysis. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care February*, 14(1), 1-9.
- Ashok, P.W., Hamoda, H., Flett, G.M.M., Kidd, A., Fitzmaurice, A. & Templeton, A. (2005). Psychological sequelae of medical and surgical abortion at 10-13 weeks gestation. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 84, 761-766.
- Assembleia da Republica, Decreto-Lei n.º 16/2007 de 17 de Abril, "Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez".
- Assembleia da República, Decreto-Lei nº 6/84 de 11 de Maio. "Exclusão de ilicitude em alguns casos de interrupção voluntária da gravidez".
- Bagarozzi, D. (1994). Identification, assessment and treatment of women suffering from post traumatic stress after abortion. *Journal of Family Psychotherapy*, 5, 25-54.
- Bajos, N., Lamarche-Vadel, A., Gilbert, F., Ferrand, M., COCON Group & Moreau, C. (2006). Contraception at the time of abortion: high-risk time or high-risk women? *Human Reproduction*, 21(11), 2862-2867.
- Barnett, W., Freudenberg, N., & Wille, R. (1992). Partnership after induced abortion: A prospective controlled study. *Archives of Sexual Behaviour*, 21, 443-455.

- Belsey, E.M., Greer, H.S., Lal, S., Lewis, S.C. & Beard, R.W. (1977). Predictive Factors in Emotional Response to Abortion: Kings Termination Study. *Social Science & Medicine*, 11 (2), 71-82.
- Berger, C., Gold, D., Andres, D., Gillett, P. & Kinch, R. (1984). Repeat Abortion – Is It a Problem. *Family Planning Perspectives* 16 (2), 70-75.
- Bianchi-Demicheli, F., Kulier, R., Perrin, E. & Campana, A. (2000). Induced abortion and psychosexuality. *Journal Psychosom Obstet Gynaecol.*, 21(4), 213-7.
- Bianchi-Demicheli, F., Perrin, E., Ludicke, F. & Campana, A. (2001). Contraception and sexuality after termination of pregnancy: a comparison between Lugano and Geneva. *Swiss Medical Weekly*, 131, 515-20.
- Bianchi-Demicelli, R., Perrin, E., Ludicke, F., Bianchi, P.G., Chatton, D. & Campana, A. (2002). Termination of pregnancy and women's sexuality. *Gynecology and Obstetrics Investigation*, 53, 48-53.
- Bianchi-Demicheli, F. & Ortigue, S. (2007). Insight of Women's Sexual Function and Intimate Relationships After Termination of Pregnancy: A Review on Recent Findings and Future Perspectives. *Current Women's Health Reviews*, 3(31), 41-31.
- Boesen, H.C., Rørbye, C., NØrgaard, M. & Nilas, L. (2004). Sexual behaviour during the first eight weeks after legal termination of pregnancy. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 83 (12), 1189–1192.
- Bradshaw, Z., & Slade P (2003). The effects of induced abortion on emotional experiences and relationships: A critical review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 23, 929-958.
- Bradshaw, Z. & Slade, P. (2005). The relationships between induced abortion, attitudes towards sexuality and sexual problems. *Sexual and Relationship Therapy*, 20(4), 391-406.
- Charmaz, K. (1995). Grounded Theory. In J. A. Smith, R. Harré, & L.V. Langenhove (Eds), *Rethinking methods in psychology*. (p. 27-49). London: Sage Publication.
- Cockrill, K. & Weitz, T.A. (2010). Abortion Patient's Perceptions of Abortion Regulation. *Women's Health Issues*, 20, 12-19.
- Coleman, P.K. (2011). Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995–2009. *The British Journal of Psychiatry*, 199, 180–186.

- Coleman, P., Reardon, D., Strahan, T. & Cogle, J. (2005). The psychology of abortion: A review and suggestions for future research. *Psychology and Health*, 20 (2), 237-71.
- Coleman, P., Reardon, D. C., Rue, V. M., & Cogle, J. (2002). A history of induced abortion in relation to substance use during subsequent pregnancies carried to term. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 187, 1673–1678.
- Coleman, P., Rue, V.M. & Coyle, C.T. (2009). Induced abortion and intimate relationship quality in the Chicago Health and Social Life Survey. *Public Health*, 123, 331-338.
- Coleman, P., Rue, V.M. & Spence, M. (2007). Intrapersonal Processes and Post-Abortion Relationship Challenges: A Review and Consolidation of Relevant Literature. *The Internet Journal of Mental Health*, 4(2).
- Cogle, J., Reardon, D.C., & Coleman, P. (2003). Depression associated with abortion and childbirth: A long-term analysis of the NLSY cohort. *Medical Science Monitor*, 9, 105–112.
- Cozzarelli, C. (1993). Personality and self-efficacy as predictors of coping with abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1224-1236.
- Cozzarelli, C., Karrasch, A., Sumer, N., & Major, B. (1994). The meaning and impact of partner's accompaniment on women's adjustment to abortion. *Journal of Applied Social Psychology*, 24, 2028-2056.
- Cozzarelli, C., Sumer, N., & Major, B. (1998). Mental models of attachment and adjustment to abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 453-467.
- Direcção Geral da Saúde (2012). Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez ao Abrigo da Lei 16/2007, de 17 de Abril. Dados referentes ao período de Janeiro a Dezembro de 2011. Acedido a 10 de Abril 2011 em: <http://backoffice.masterlink.pt/dgsaude/upload/pnsr/ficheiros/i010131.pdf>.
- Direcção-Geral da Saúde (1998), *Saúde Reprodutiva, Planeamento familiar*, Orientações técnicas, nº 9.
- Dollar, D.G. (1997). The Experience of Abortion: A Bibliographic Essay. *Psychology in Society*, 22, 47-59.
- Dykes, K., Slade, P. & Haywood, A. (2011). A long term follow-up of women's emotional experiences after termination of pregnancy: women's views at menopause. *Journal Reproductive and Infant Psychology*, 29, 93-112.

- Batista Pinto, E. (2004). A Pesquisa Qualitativa em Psicologia Clínica. *Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo*, 15(1), 71-80.
- Faria, G., Barrett, E. & Goodman, L.M. (1985). Women and abortion: Attitudes, social networks, decision-making. *Social Work in Health Care*, 11, 85-99.
- Fergusson, D.M., Horwood, J. & Ridder, E.M. (2006). Abortion in young women and subsequent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 16–24.
- Festinger, L. & Carlsmith, J.M. (1959). Cognitive Consequences of Forced Compliance. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 58, 203-210.
- Fine-Davis, M. (2008). Psychological Effects of Abortion on Women: A Review of the Literature. *Crisis Pregnancy Agency*, 49(20).
- Fok, W.Y., Nelson Siu, S., & Lau, T.K. (2006). Sexual dysfunction after a first trimester induced abortion in a Chinese population. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 126, 255-258.
- Freeman, E.W., Rickels, K., Huggins, G.R., Garcia, C.R. & Polin, J. (1980). Emotional Distress Patterns among Women Having First or Repeat Abortions. *Obstetrics and Gynecology*, 55 (5), 630-642.
- Friedman, C.M., Greenspan, R. & Mittleman, F. (1974). The Decision-Making Process and the Outcome of Therapeutic Abortion. *American Journal of Psychiatry*, 131(12), 1332-1337.
- Frye, B.S. (1993). Abortion. *Association of Women's Health, Obstetric, and Neonatal Nurses's Clinical Issues in Perinatal and Women's Health Nursing*, 4(2), 265-271.
- Gil, A.C. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas.
- Hawkins, J., Matteson, P.S., & Tabeek, E.S. (1995). Fertility control. In C.I. Fogel & N.F. Woods (Eds.), *Women's health care: A comprehensive handbook* (p. 281–322). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Heikinheimo, O, Gissler, M. & Suhonen, S. (2008). Age, parity, history of abortion and contraceptive choices affect the risk of repeat abortion. *Contraception*, 78, 149-54.
- Henshaw, S.K. & Silverman, J. (1988). The Characteristics and Prior Contraceptive Use of United-States Abortion Patients. *Family Planning Perspectives*, 20(4), 158.
- Henshaw, S.K., Singh, S. & Haas, T. (1999). The Incidence of Abortion Worldwide. *Family Planning Perspectives*, 25, 30-38.

- Kero, A., Högberg, U., Jacobsson, L. & Lalos, A. (2001). Legal abortion: a painful necessity. *Social Science & Medicine*, 53 (11), 1481-1490.
- Kero, A., Högberg, U., & Lalos, A. (2004). Wellbeing and mental growth – long-term effects of legal abortion. *Social Science & Medicine*, 58, 2559-2569.
- Kero A & Lalos A (2005). Increased contraceptive use one year post-abortion. *Human Reproduction*, 20 (11), 3085-3090.
- Lang, F., Joubert, G. & Prinsloo, E.A.M. (2005). Is pregnancy termination being used as a family planning method in the Free State? *South African Family Practice*, 47(5), 52-55.
- Larsson, M., Aneblom, G., Odling, V. & Tydén, T. (2002) Reasons for pregnancy termination, contraceptive habits and contraceptive failure among Swedish women requesting an early pregnancy termination. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 81, 64-71.
- Lauzon, R, Roger Achim, D., Achim, A. & Boyer, R. (2000). Emotional distress among couples involved in first trimester abortions. *Canadian Family Physician*, 46, 2033-2040.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Lewis, W. J. (1997). Factors associated with post-abortion adjustment problems: Implications for triage. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 6, 9–17.
- Littman, L.L., Zarcadoolas, C. & Jacobs, A.R. (2009). Introducing abortion patients to a culture of support: A pilot study. *Journal of Women's Mental Health*, 12, 419–431.
- Lucas, B.M. (2010) *Reflecting on the Experience of Abortion: A Phenomenological Study*. Dissertação de Doutorado não publicada. Texas Tech University, Broadway, Lubbock, Texas, EUA.
- Major, B., Cozzarelli, C., Sciacchitano, A.M., Cooper, M.L., Testa, M. & Mueller, P.M. (1990). Perceived social support, self-efficacy, and adjustment to abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59 (3), 186-197.
- Major, B. & Cozzarelli, C. (1992). Psychological predictors of adjustment to abortion. *Journal of Social Issues*, 48, 121–142.
- Major, B., Zubek, J.M., Cooper, M.L., Cozzarelli, C. & Richards, C. (1997). Mixed messages: Implications of social conflict and social support within close relationships for adjustment to a stressful life event. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(6), 1349-1363.

- Major, B., Richards, C., Cooper, M.L., Cozzarelli, C. & Zubek, J. (1998). Personal resilience, cognitive appraisals, and coping: an integrative model of adjustment to abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 735-52.
- Major, B. & Gramzow, R. (1999). Abortion as stigma: Cognitive and emotional implications of concealment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 735-746.
- Major, B., Cozzarelli, C., Cooper, M. L., Zubek, J., Richards, C., Wilhite, M., & Gramzow, R. H. (2000). Psychological responses of women after first trimester abortion. *Archives of General Psychiatry*, 57, 777-784.
- Major, B., Appelbaum, M., Beckman, L., Dutton, M.A., Russo, N.F. & West, C. (2009). Abortion and Mental Health: Evaluating the Evidence. *American Psychological Association*, 64 (9), 863-890.
- Maroy, C. (1995). A análise qualitativa de entrevistas. In L. Albarelo, F. Digneffe, J. Hiernaux, C. Maroy, D. Ruquoy, & P. Saint-Georges (Eds), *Práticas e métodos de investigação em Ciências Sociais* (p. 177-155). Lisboa: Gradiva.
- Marston, C. & Cleland, J. (2003). Relationships between Contraception and Abortion: A Review of the Evidence. *International Family Planning Perspectives*, 29 (1), 6-13.
- McDougall, J., Feters, T., Clark, K.A. & Rathavy, T. (2009). Determinants of Contraceptive Acceptance Among Cambodian Abortion Patients. *Studies in Family Planning*, 40(2), 123-132.
- Miller, W.B. (1992). An empirical study of the psychological antecedents and consequences of induced abortion. *Journal of Social Issues*, 48, 67-93.
- Miller, W.B., Pasta, D.J. & Dean, C.L. (1998). Testing the model of the psychological consequences of abortion. In L.J. Beckman & S.M. Harvey (Eds.), *The New Civil War* (235-267). Washington, DC: American Psychological Association.
- Moreau, C., Trussell, J., Desfreres, J. & Bajos, N. (2010). Patterns of contraceptive use before and after an abortion: results from a nationally representative survey of women undergoing an abortion in France. *Contraception*, 82, 337-344.
- Moseley, D.T., Follongstad, D.R., Harley, H., & Heckel, R.V. (1981). Psychological factors that predict reaction to abortion. *Journal of Clinical Psychology*, 37, 276-279.

- Nogueira-Martins, M.C. & Bogus, C.M. (2004). Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e Sociedade*, 13 (3), 44-57.
- Oliveira da Silva, M. (2009). Reflections on the legalisation of abortion in Portugal. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 14 (4), 245–248.
- Organização Pan-Americana de Saúde (2009). Rede Interagencial de Informações para Saúde. Informe da situação e tendências: demografia e saúde. Brasília, 39p (série G. Estatística e Informação em Saúde)
- Osofsky, J. D., & Osofsky, H. J. (1972). The psychological reaction of patients to legalized abortion. *American Journal of Orthopsychiatry*, 42, 48-60.
- Patel, C.J. & Kooverjee, T. (2009). Abortion and Contraception: Attitudes of South African University Students. *Health Care for Women International*, 30, 550-568.
- Patrão, I., King, G. e Almeida, M. (2008) Interrupção Voluntária da Gravidez: Intervenção psicológica nas consultas. *Análise Psicológica*, 26 (2), 349-354.
- Piovesan, A. & Temporini, E.R. (1995). Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. *Revista de Saúde Pública*, 29(4), 318-325.
- Ramalho, V. (2003). *Aborto Espontâneo: Exploração da experiência*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.
- Rasch, V., Yambesi, F. & Kipingili, R. (2005). Scaling up postabortion contraceptive service - results from a study conducted among women having unwanted pregnancies in urban and rural Tanzania. *Contraception*, 72(5), 377-382.
- Reardon, D.C. & Ney, P.G. (2000). Abortion and Subsequent Substance Abuse. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26 (1), 61-75.
- Reardon, D.C. & Cogle, J.R. (2002). Depression and unintended pregnancy in the national longitudinal survey of youth: a cohort study. *British Medical Journal*, 324, 151–152.
- Reardon, D.C, Ney, P.G., Scheuren, F., Cogle, J., Coleman, P. & Strahan, T. (2002). Deaths associated with pregnancy outcome: a record-linkage study of low income women. *Southern Medical Journal* 95(8), 834-41.

- Reardon, D.C., Cogle, J., Rue, V.M., Shuping, M., Coleman, P. and Ney, P.G. (2003). Psychiatric admissions of low-income women following abortion and childbirth. *Canadian Medical Association Journal*, 168, 1253–56.
- Regushevskaya, E., Dubikaytis, T., Nikula, M., Kuznetsova, O. & Hemminki, E. (2009). Contraceptive Use and Abortion Among Women in St. Petersburg, Russia. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 41(1), 51-58.
- Rue, V.M., Coleman, P.K., Rue, J.J. & Reardon, D.C. (2004). Induced abortion and traumatic stress: A preliminary comparison of American and Russian women. *Medical Science Monitor*, 10(10), 5-16.
- Russo, N.F. & Dabul, A.J. (1997). The Relationship of Abortion to Well-Being: Do Race and Religion Make a Difference? *Professional Psychology: Research and Practice*, 28 (1), 23–31.
- Russo, N.F. & Zierk, K.L. (1992). Abortion, Childbearing, and Women's Well-Being. *Professional Psychology: Research and Practice*, 23(4), 269-280.
- Savelieva, I., Pile, J. M., Sacci, I. & Loganathan, R. (2003). *Postabortion family planning operations research study in Perm, Russia*. Washington, D.C.: Frontiers.
- Sedgh, G., Henshaw, S.K., Singh, S., Bankole, A. & Drescher, J. (2007) Legal Abortion Worldwide: Incidence and Recent Trends. *International Family Planning Perspectives*, 33 (3), 106-116.
- Shepard, M.J. & Bracken, M.B. (1979). Contraceptive Practice and Repeat Induced-Abortion - Epidemiological Investigation. *Journal of Biosocial Science*, 11(3), 289-302.
- Sihvo, S., Bajos, N., Ducot, B. & Kaminski, M. (2003) Women's life cycle and abortion decision in unintended pregnancies. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57 (8), 601–605.
- Silva, C.R., Gobbi, B. & Simão, A.A. (2005). O Uso da Análise de Conteúdo como uma Ferramenta para a Pesquisa Qualitativa: Descrição e Aplicação do Método. *Organizações Rurais & Agroindustriais*, 7(1), 70-81.
- Singh, S. & Sedgh, G. (1997). The Relationship of Abortion to Trends in Contraception and Fertility in Brazil, Colombia and Mexico. *International Family Planning Perspectives*, 23 (1), 4-14.
- Söderberg, H., Janzon, L. & Sjöberg, N. (1998) Emotional distress following induced abortion: A study of its incidence and determinants among abortees in Malmö, Sweden. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 79 (2), 173-178

- Sousa, L. & Pereira, M.G. (2009). O impacto da interrupção da gravidez por mal formação congénita: a perspectiva do pai. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 10(1), 229-242.
- Speckhard, A. & Rue, V. (1993). Complicated mourning and abortion. *Journal of Pre- and Peri-Natal Psychology*, 8, 5-32.
- Speckhard, A. C. & Rue, V. M. (1992), Postabortion Syndrome: An Emerging Public Health Concern. *Journal of Social Issues*, 48, 95–119
- Spinelli, A., Talamanca, I.F. & Lauria, L. (2000). Patterns of contraceptive use in 5 European countries, *American Journal of Public Health*, 90(9), 1403-1408.
- Strahan, T.W. (1993). *Major Articles and Books Concerning the Detrimental Effects of Abortion*. Charlottesville, VA: The Rutherford Institute.
- Theodorson, G. A. & Theodorson, A. G. (1970). A modern dictionary of sociology. London, Methuen: Thomas Y. Crowell Co.
- Thorp, J.M., Hartmann, K.E., & Shadigian, E. (2003). Long-term physical and psychological health consequences of induced abortion: Review of the evidence. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 58, 67–79.
- Tornbom, M. & Moller, A. (1999). Repeat abortion: A qualitative study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 20, 21-30.
- Tornbom, M., Ingelhammar, E., Lilja, H., Moller, A., & Svanberg, B. (1994). Evaluation of stated motives for legal abortion. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 15, 27–33.
- Uygur, D. & Erkaya, S. (2001). Reasons why women have induced abortions in a developing country. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 9, 211-14.

ANEXO I

Interrupções Voluntárias da Gravidez realizadas entre 2007 e 2011 (DGS, 2012)

1. Variação anual

Nos quadros 21 e 22 encontram-se os dados de IG pelos vários motivos e nos diferentes anos.

Quadro 21 - INTERRUPÇÕES POR MOTIVO ANOS 2007-2011

IG / Motivo	2007 (15 jul - 31 dez)*	2008	2009	2010	2011
a) Único meio de remover perigo de morte ou grave lesão p/ o corpo ou p/ a saúde física ou psíquica da grávida	7	21	14	9	12
b) Evitar perigo de morte ou grave e duradoura lesão para a saúde física ou psíquica da grávida	27	100	73	72	57
c) Grave doença ou malformação congénita do nascituro	134	455	524	484	405
d) Gravidez resultante de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual	12	17	15	12	14
e) Por opção da mulher	6.107	18.014	19.222	19.560	19.802

*Período de 5 meses

ANEXO II – Guião da Entrevista

Data nascimento:

Escolaridade:

Profissão:

Situação profissional: Empregada /desempregada

Estado civil:

Número de filhos:

Tópicos Gerais/ Temas	Tópicos Específicos	Instruções
Planeamento familiar: contracepção e gravidez	Contracepção Recurso a consulta de planeamento familiar (ou outra) após a realização da IVG	Averiguar se foi a alguma consulta de Planeamento Familiar (ou de outro tipo) após a realização da IVG (Sim/Não); razões.
	Caracterização da utilização de contraceptivos após IVG / percepção de alterações na utilização	Procurar saber quais os métodos contraceptivos que usa (desde a IVG) Explorar a percepção de alterações/mudanças na utilização de contracepção - alterou a utilização de contracepção?

		<ul style="list-style-type: none"> - Que métodos utilizou no passado? E actualmente? - IVG teve importância na alteração?
	Importância da consulta de planeamento familiar após IVG	Qual a importância da consulta de PF após a IVG ; O que mudou? O que aprendeu?
	Gravidez Nova gravidez após IVG <u>Se sim:</u> Influência da Gravidez na percepção e sentimentos relacionados com a IVG realizada Influência da IVG na gravidez posterior Importância da IVG na decisão de realizar outra IVG <u>Se não:</u> Projecto de maternidade para o futuro	Explorar se engravidou novamente (Sim/Não) Se Sim, em que circunstâncias (gravidez planeada / desejada)? Se Sim, realizou IVG? Explorar qual a influência da gravidez na percepção e sentimentos relacionados com a IVG. - O facto de estar grávida altera de alguma forma o modo como pensa sobre a IVG que realizou? Explorar a influência da IVG na vivência da nova gravidez - Será que a IVG teve alguma influência na gravidez? Explorar a importância da IVG anterior nesta decisão Explorar o modo como integra a gravidez/maternidade no projecto

	Importância da IVG nesta decisão	<p>de vida futura</p> <p>- Pensa vir a ter (mais) filhos? Porquê</p> <p>Explorar a importância da IVG nesta decisão</p>
Saúde mental	<p>Influência da IVG na saúde mental</p> <p>Problemas psicológicos pré-IVG</p>	<p>Averiguar se a IVG mudou alguma coisa a nível da saúde mental</p> <p>- Alterações de sono ou alimentação</p> <p>- Dificuldade em falar da IVG</p> <p>- Lembrar-se da IVG</p> <p>- averiguar sintomatologia depressiva/ansiosa</p> <p>- se recebeu apoio psicológico; se foi medicada</p> <p>Explorar existência de problemas psicológicos prévios (diagnosticados /medicados)</p>
Consumo de substâncias	<p>Substâncias ilícitas</p> <p>Álcool</p> <p>Medicamentos</p>	<p>Averiguar consumos na actualidade e no passado</p> <p>Averiguar consumos na actualidade e no passado</p> <p>Averiguar utilização na actualidade e no passado</p>
Relação com o parceiro	<p>Relacionamento emocional</p> <p>Relação pré-IVG - Influência da IVG no relacionamento</p>	<p>Explorar reacções do parceiro à IVG</p> <p>Explorar influência da IVG na relação</p> <p>- A IVG afectou a relação com o seu companheiro?</p>

	Violência doméstica	Se a relação terminou, explorar peso da IVG no final da relação
	Novas relações	Explorar questões de violência doméstica pré- e pós IVG Averiguar existência de nova relação. Conhecimento ou não da IVG por parte do novo parceiro; Porquê?
	Relacionamento Sexual IVG e alterações com a satisfação sexual	Averiguar sobre possíveis alterações no relacionamento sexual (satisfação sexual) Se sim, o que é que alterou? Duração da alteração
Suporte Social e relações interpessoais	Influência do suporte social e relações interpessoais na vivência da IVG	Quem a apoiou durante o processo? Explorar o papel de outros no modo como lidou com o processo de IVG (quanto a esta situação, houve alguém que tenha ajudado a passar por essa fase?...) <u>Se teve apoio:</u> Como é que foi esse apoio? O que mais valorizou nesse apoio? (Religião) <u>Se não teve apoio:</u> Falou com alguém? (Se sim: porque não teve apoio?; Se não: porque não falou com ninguém? Averiguar estigma). Porquê?
	Influência do suporte social e relações	

	<p>interpessoais na vivência após a realização da IVG</p> <p>- Influência dos outros na forma como lidou posteriormente com a realização de IVG</p> <p>- Percepções em relação à equipa de profissionais de saúde</p>	<p>Quem a apoiou após a IVG?</p> <p>Explorar o papel de outros no modo como lidou com a IVG (quanto a esta situação, houve alguém que tenha ajudado a passar por essa fase?...) (Religião)</p> <p>Averiguar do tipo de apoio/suporte por parte da equipa no processo (Como descreveria/avaliaria o apoio/ajuda dos profissionais em todo o processo?...)</p>
	<p>Influência da IVG nas relações interpessoais</p>	<p>Explorar se IVG mudou alguma coisa ao nível das relações com os outros; mudança positiva/negativa</p>
<p>Vivência/Experiência da IVG</p>	<p>Circunstâncias de vida a quando da realização da IVG</p> <p>Processo de IVG</p> <p>IVG como factor de mudança/ impacto da IVG na vida</p>	<p>Pode falar-me das circunstâncias da sua vida na altura em que fez a IVG?</p> <p>Razões para IVG</p> <p>Como descreveria o processo de IVG?</p> <p>Destacaria algum momento/acontecimento em especial?</p> <p>Descrição/avaliação da experiencia de IVG; como se sentiu na altura da IVG e agora - o que mudou (Acha que mudou alguma coisa na sua vida? / pode dizer-me de que forma ter feito a IVG influenciou a sua</p>

	<p>Percepção das estratégias de coping usadas para lidar com a IVG</p> <p>Influência de outros eventos/acontecimentos de vida na vivência da IVG</p>	<p>vida?(perceber quais os domínios a que dá relevo – sentimentos/comportamentos/pensamentos)</p> <p>O que fez para lidar com a IVG?</p> <p>Qual a sua opinião sobre o modo como lidou com a IVG?</p> <p>Explorar acontecimentos relevantes após IVG e sua influência na vivência da mesma (existiu algum acontecimento posterior que interferiu no modo como tem lidado com a IVG?)</p> <p>- pedir um acontecimento significativo do último ano</p>
Posicionamento relativamente à IVG	<p>Percepção quanto a opinião/crenças relativamente à IVG</p> <p>Mudança nas atitudes após IVG</p> <p>Preocupações/medos acerca da IVG</p>	<p>Explorar percepções/opiniões actuais relativamente à IVG</p> <p>Explorar percepções/opiniões prévias relativamente à IVG</p> <p>Explorar possível mudança</p> <p>Explorar preocupações/medos acerca da IVG - passados e presentes</p>



DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Designação do estudo: A Interrupção Voluntária da Gravidez (I.V.G.) – Caracterização de um grupo de mulheres que optaram pela I.V.G"

Eu, _____, compreendi a explicação que me foi fornecida sobre o estudo, assim como o direito de decidir livremente aceitar ou recusar participar na investigação, tendo-me sido dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e para as quais obtive respostas satisfatórias.

As informações que me foram fornecidas versaram os objectivos, os métodos, os benefícios previstos, o eventual desconforto e o tempo previsível de resposta aos inquéritos/questionários que terei de preencher.

Fui também informada que a minha identidade permanecerá confidencial, assegurando-se a máxima privacidade e confidencialidade dos dados e que poderei deixar de participar em qualquer momento, sem que isso comprometa de modo algum a assistência que me é facultada neste hospital pela equipa de saúde. Assim sendo, aceito responder às questões propostas no âmbito desta investigação, permitindo também a gravação áudio nas situações de entrevista. Autorizo ainda, ser futuramente contactada com os mesmos objectivos, pela mesma equipa. Este contacto será realizado previamente por telefone, com o objectivo de acordar as condições da nova entrevista de acordo com a disponibilidade da participante.

Data: ____/____/____

Assinatura do Participante: _____

Investigador(a) Responsável: _____

ANEXO IV - Sistema Geral de Categorias

1. <u>Impacto da experiência de IVG</u>

1.1. Saúde Mental

1.1.1. Reacções emocionais pós IVG

1.1.1.1. Tristeza

1.1.1.2. Choro

1.1.1.3. Sofrimento

1.1.1.4. Arrependimento

1.1.1.5. Pensamentos Recorrentes

1.1.1.6. Medo problemas engravidar

1.1.1.7. Necessidade de falar

1.1.1.8. Alívio

1.1.1.9. Auto-estima

1.1.1.10. Não especificadas

1.1.2. Consumos

1.1.2.1. Substâncias ilícitas

1.1.2.1.1. Pré-IVG

1.1.2.1.2. Pós-IVG

1.1.2.2. Álcool

1.1.2.2.1. Pré-IVG

1.1.2.2.2. Pós-IVG

1.1.3. Apoio Psicológico-Psiquiátrico

1.1.3.1. Pré-IVG

1.1.3.2. Pós-IVG

1.1.3.3. Medicação psiquiátrica

1.1.3.3.1. Pré-IVG

1.1.3.3.2. Pós-IVG

1.1.4. Sem impacto

1.2. Contracepção

1.2.1. Sensibilidade face à experiência IVG

1.2.2. Responsabilidade face contracepção

1.2.3. Informação sobre contracepção

1.2.4. Alteração na utilização de contracepção

1.2.4.1. Sim

1.2.4.2. Não

1.3. Relações Interpessoais

- 1.3.1. *Companheiro durante IVG*
 - 1.3.1.1. **Relação emocional**
 - 1.3.1.2. *Funcionamento sexual*
 - 1.3.1.2.1. **Dificuldades sentidas**
 - 1.3.1.2.2. **Sem impacto**
 - 1.3.1.3. **Problemas prévios à IVG**
 - 1.3.1.4. **Impacto positivo**
- 1.3.2. *Novo relacionamento*
 - 1.3.2.1. **Relação emocional**
 - 1.3.2.2. **Conhecimento da IVG**
- 1.3.3. **Filhos**
- 1.3.4. **Outros**
- 1.3.5. **Sem impacto nos relacionamentos**
- 1.4. *Capacidade de coping*
 - 1.4.1. **Coping positivo**
 - 1.4.2. **Coping negativo**
- 1.5. *Opinião acerca da IVG*
 - 1.5.1. *Alterou*
 - 1.5.1.1. **Para a favor**
 - 1.5.2. *Não Alterou*
 - 1.5.2.1. **Não a favor**
 - 1.5.2.2. **A favor**

2. <u>Suporte social</u>

- 2.1. *Companheiro*
 - 2.1.1. **Reacção à IVG**
 - 2.1.2. **Tipo de apoio prestado**
 - 2.1.3. **Falta de apoio**
- 2.2. *Familiares*
 - 2.2.1. *Grau de Parentesco*
 - 2.2.1.1. **Mãe**
 - 2.2.1.2. **Irmã**
 - 2.2.1.3. **Cunhado**
 - 2.2.2. **Tipo de apoio prestado**
- 2.3. *Amigos*
 - 2.3.1. **Tipo de apoio prestado**
- 2.4. *Profissionais de Saúde*

2.4.1. Profissionais do Serviço

2.4.1.1. Médicos

2.4.1.1.1. Aspectos positivos

2.4.1.1.2. Aspectos negativos

2.4.1.2. Enfermeiros

2.4.1.2.1. Aspectos positivos

2.4.1.2.2. Aspectos negativos

2.4.1.3. Psicólogos-Assistentes Sociais

2.4.1.3.1. Aspectos positivos

2.4.2. Outros profissionais de saúde

2.5. Razões para não partilhar experiência

3. <u>Planeamento familiar</u>

3.1. Contracepção pré-IVG

3.1.1. No passado

3.1.1.1. Razões para ter interrompido contracepção

3.1.1.2. Tipo

3.1.1.2.1. Preservativo

3.1.1.2.2. Pílula

3.1.2. Aquando da IVG

3.1.2.1. Tipo

3.1.2.1.1. Preservativo

3.1.2.1.2. Pílula

3.1.2.1.3. Coito interrompido

3.1.2.2. Nenhum método

3.1.3. Contracepção de emergência

3.2. Contracepção pós-IVG

3.2.1. Actual

3.2.1.1. Razões para a alteração

3.2.1.2. Tipo

3.2.1.2.1. Preservativo

3.2.1.2.2. Pílula

3.2.1.2.3. Dispositivo Intra-Uterino

3.2.1.2.4. Sistema Intra-Uterino (Endoceptivo)

3.2.2. Avaliação da consulta planeamento

3.2.2.1. Positiva

3.2.2.2. Negativa

3.3. *Especialidade médico da Consulta*

3.3.1. **Ginecologista da consulta de IVG**

3.3.2. **Médico de família**

3.3.3. **Ginecologista privado**

3.3.4. **Médico sem especificação**

3.3.5. **Razões para não recorrer centro saúde**

3.4. *Maternidade*

3.4.1. **Projecto de maternidade**

3.4.1.1. **Sim**

3.4.1.2. **Não**

3.4.1.3. **Razões para não ter mais filhos**

3.4.2. **Gravidez após IVG**

3.4.2.1. **Não**

4. <u>Processo de IVG</u>

4.1. ***Sensações físicas***

4.2. ***Complicações no processo***

4.3. ***Razões para tomada de decisão IVG no passado***

4.3.1. **Médicas**

4.3.2. **Económicas**

4.3.3. **Emocionais**

4.3.4. **Profissionais**

4.3.5. **Relacionais**

4.3.6. **Outras**

4.4. ***Opiniões gerais acerca prática IVG***

4.4.1. **Espaço**

4.4.2. **Tempo espera**

4.4.3. **Falta de informação**

4.4.4. **Equipa Multidisciplinar**

4.4.4.1. **Aspectos negativos**

4.4.4.2. **Aspectos positivos**

4.4.5. **Outros**

5. <u>Importância da investigação sobre IVG</u>

ANEXO V – Descrição de Categorias

1. Impacto da experiência de IVG			
1.1. <u>Saúde Mental</u>			
1.1.1. <i>Reacções Emocionais pós-IVG</i>			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
1.1.1.1.	Tristeza	Referência à manifestação de tristeza decorrente da experiência de IVG	“Na altura senti-me triste.” (E6)
1.1.1.2.	Choro	Referência a reacções de choro fácil decorrentes da experiência de IVG	“Eu reagi muito mal. Chorei imenso...” (E4)
1.1.1.3.	Sufrimento	Referência ao sofrimento emocional decorrente da experiência de IVG	“A única razão de queixa que eu tenho é que é duro.” (E6)
1.1.1.4.	Arrependimento	Referência ao sentimento de arrependimento decorrente da experiência de IVG	“Foi a pior... foi a pior coisa que eu fiz. Por isso posso dizer que me arrependi...” (E5)
1.1.1.5.	Pensamentos Recorrentes	Referência à manifestação de pensamentos recorrentes acerca da IVG após a sua realização	“Eu não lido muito com a situação. Penso muitas vezes nisso.” (E5)

1.1.1.6.	Medo problemas engravidar	Referência ao medo de apresentar problemas reprodutivos no futuro decorrente da IVG	“principalmente fiquei com medo... em relação a situações futuras (...) Querer ser mãe... e poder ter complicações.” (E2)
1.1.1.7.	Necessidade de falar	Referência à necessidade de falar decorrente da experiência de IVG	“O que eu sinto é mais necessidade de falar. ” (E5)
1.1.1.8.	Alívio	Referência à sensação de alívio s decorrente da experiência de IVG	“(...) sinto uma sensação de alívio. Já passou...” (E2)
1.1.1.9.	Auto-estima	Referência à percepção do impacto da IVG na auto-estima	“A mulher perde... auto-estima.” (E5)
1.1.1.10.	Não-especificadas	Referência a reacções emocionais não especificadas decorrentes da experiência de IVG	“Por... por ter perdido mais uma oportunidade de ser mãe.” (E4)
<i>1.1.2. Consumos</i>			
<i>1.1.2.1. Substâncias Ilícitas</i>			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo

1.1.2.1.	Pré-IVG	Referência a consumo de substâncias ilícitas no período pré-IVG	“ [consumi] mais ou menos há dois...” (E2)
1.1.2.2.	Pós-IVG	Referência a inexistência de substâncias ilícitas no período pós-IVG	“Nunca consumi, graças a Deus. Não.” (E6)
1.1.2.2. Álcool			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
1.1.2.2.1	Pré-IVG	Referência ao padrão de consumo esporádico de bebidas alcoólicas no período pré-IVG	“Só mesmo um copinho ao fim-de-semana, ao jantar” (E2)
1.1.2.2.2	Pós-IVG	Referência ao padrão de consumo esporádico de bebidas alcoólicas no período pós-IVG	“De longe, a longe, um copo de vinho. E quando saio. Mas é muito raro...” (E1)
1.1.2.3. Apoio Psicológico-Psiquiátrico			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
1.1.2.3.1.	Pré-IVG	Referência a história acompanhamento psicológico ou psiquiátrico no período pré-IVG	“foi há dois anos... (...) fiquei com algum tipo de fobias e recorri ao psiquiatra.” (E4)

1.1.2.3.1.	Pós-IVG	Referência a história de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico no período pós-IVG	“Não! Nunca tive nada disso, não...” (E6)
1.1.3.3. Medicação Psiquiátrica			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
1.1.3.3.1.	Pré-IVG	Referência a historia de recurso a medicação psiquiátrica no período pré-IVG	“Já tomava antes, exactamente. Simplesmente continuei a tomar.” (E2)
1.1.3.3.2.	Pós-IVG	Referência a historia de recurso a medicação psiquiátrica no período pós-IVG	“Não, não tomei nada. ” (E5)
1.1.4. Sem Impacto			
Descrição		Exemplo	
Referência à percepção de inexistência de impacto da IVG na saúde mental		“Não, não [mudou nada na minha vida depois da IVG]. Tudo na mesma!” (E3)	
1.2. <u>Contracepção</u>			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo

1.2.1.	<i>Sensibilidade face à experiência IVG</i>	Referência ao impacto da realização de uma IVG na sensibilidade e postura face ao processo de IVG	“eu pensava que era um decisão que se poderia tomar, basicamente, de ânimo leve... Pronto... “vamos lá, está feito”... Mas de facto não é tão fácil.” (E2)
1.2.2.	<i>Responsabilidade face contracepção</i>	Referência ao impacto da realização de uma IVG ao nível do sentido de responsabilidade face à questão da contracepção	“Agora estou muito mais responsável no que toca ao sentido da contracepção.” (E2)
1.2.3.	<i>Informação sobre contracepção</i>	Referência ao impacto da realização de uma IVG ao nível do conhecimento e do acesso a informação referente à contracepção	“quer dizer... também fiquei mais elucidada” (E6)
<i>1.2.4. Alteração na utilização de contracepção</i>			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
1.2.4.1.	Sim	Referência à existência de alterações na contracepção decorrentes da consulta de	“Sim, alterei.” (E4)

		planeamento familiar	
1.2.4.2.	Não	Referência à inexistência de alterações na contracepção decorrentes da consulta de planeamento familiar	“Não (...).o médico simplesmente disse que deveria continuar.” (E2)
1.3. <u>Relações Interpessoais</u>			
<i>1.3.1. Companheiro durante IVG</i>			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
1.3.1.1.	Relação emocional	Referência ao impacto da realização da IVG no relacionamento com o companheiro	“Afectou... afectou um bocadinho...” (E2)
1.3.1.2. Funcionamento Sexual			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
1.3.1.2.1.	Dificuldades sentidas	Referência a dificuldades no funcionamento sexual com o companheiro, decorrentes da	“Tinha muito medo de engravidar outra vez... mais psicologicamente.” (E4)

		IVG	
1.3.1.2.2.	Sem impacto	Referência à inexistência de qualquer impacto da IVG ao nível do funcionamento sexual	“Mas a nível sexual não se alterou nada. ” (E5)
1.3.1.3. Problemas prévios à IVG			
Descrição		Exemplo	
Referência à existência de dificuldades no relacionamento prévias à realização da IVG		“Tínhamos bastantes problemas, porque o meu parceiro era toxicodependente” (E2)	
1.3.1.4. Impacto positivo			
Descrição		Exemplo	
Referência ao impacto positivo da IVG na relação com o companheiro		“Houve mais aproximação!” (E1)	
1.3.2 Novo Relacionamento			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo

1.3.2.1	Relação emocional	Referência ao impacto da IVG na relação com um novo companheiro	“Não teve (...) Em nenhum momento! [impacto na relação] “ (E2)
1.3.2.2.	Conhecimento da IVG	Referência à partilha da realização de IVG com o novo companheiro	“Tem. Tem conhecimento” (E1)
1.3.3. Filhos			
Descrição			Exemplo
Referência ao impacto da IVG no relacionamento com os filhos			“Eu sempre me dediquei aos meus filhos, mas ainda tinha mais vontade!” (E4)
1.3.4. Outros			
Descrição			Exemplo
Referência ao impacto da IVG no relacionamento com outros (p.ex.: mãe; irmã...)			“Aproximei-me muito da minha irmã.” (E5)
1.3.5. Sem impacto nos relacionamentos			

Descrição			Exemplo
Referência à inexistência de impacto da IVG na relação estabelecida com outras pessoas não referidas anteriormente			“Ai, não...[ter passado pela situação de há um ano atrás não alterou a forma como me relaciona com os outros]” (E2)
1.4. <u>Capacidade de Coping</u>			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
1.4.1.	Coping positivo	Referência à percepção positiva da capacidade de coping face à experiência de IVG	“Acho que apesar de tudo lidei bem. Tentei lidar de uma forma madura... porque a decisão tinha que ser tomada por mim.” (E2)
1.4.2.	Coping negativo	Referência à percepção negativa da capacidade de coping face à experiência de IVG	“Lidei muito mal. Muito, muito mal.” (E4)
1.5. <u>Opinião acerca da IVG</u>			
<i>1.5.1. Alterou</i>			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo

1.5.1.2.	Para a favor	Referência à alteração da opinião desfavorável face à realização de uma IVG, no período pós-IVG	“Se calhar... tinha outra ideia que não devíamos fazer interrupção...” (E1)
<i>1.5.2. Não Alterou</i>			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
1.5.2.1.	Não-a-favor	Referência à manutenção de opinião desfavorável face à realização de uma IVG, no período pós-IVG	“Porque eu era contra e... era contra, fiz, arrependi-me... daí ser contra!” (E5)
1.5.2.2.	A favor	Referência à manutenção de opinião favorável face à realização de uma IVG, no período pós-IVG	“Sempre fui a favor do aborto” (E2)
2. Suporte Social			
2.1. <u>Companheiro</u>			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
2.1.1.	Reacção à IVG	Referência à reacção do companheiro	“Ele percebeu a minha atitude...” (E1)

		face à opção e realização da IVG	
2.1.2.	<i>Tipo de apoio prestado</i>	Referência ao suporte prestado pelo companheiro durante e após o processo de IVG	“O meu marido acompanhou presente. O meu marido esteve comigo sempre! ” (E5)
2.1.3.	<i>Falta de apoio</i>	Referência à falta de apoio por parte do companheiro	“[ele] teve que ir ter com a mãe, porque a mãe estava com problemas, e chegou cerca das nove da noite. E isso magoou-me muito. ” (E4)
2.2. <u>Familiares</u>			
2.2.1. <i>Grau de Parentesco</i>			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
2.2.1.1.	Mãe	Referência ao apoio prestado pela mãe	“Foi sem dúvida a minha mãe.” (E2)
2.2.1.2.	Irmã	Referência ao apoio prestado pela irmã	“A minha irmã sabia. Sabia. E eu disse-lhe. E ele sabia o que é que era...” (E5)
2.2.1.3.	Cunhado	Referência ao apoio prestado pelo cunhado	“Contei ao meu cunhado, contei... e pedi para não contar à minha irmã” (E4)

2.2.2. Tipo de apoio prestado	
Descrição	Exemplo
Referência ao suporte prestado por familiares durante e após o processo de IVG	“A minha mãe sempre apoiou a minha decisão.” (E2)
2.3. <u>Amigos</u>	
2.3.1. Tipo de apoio prestado	
Descrição	Exemplo
Referência ao tipo de apoio prestado por amigos durante e após o processo de IVG	“eu tive uma amiga que trabalha no hospital e que veio para casa, ajudar-me a fazer a medicação” (E4)
2.4. <u>Profissionais de Saúde</u>	
2.4.1. Profissionais do Serviço	
2.4.1.1. Médicos	

Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
2.4.1.1.1.	Aspectos positivos	Referência a aspectos positivos do apoio prestado pelos médicos ginecologistas do serviço hospitalar em que foi realizada a IVG	“Avalio tudo de forma muito positiva. Porque... eu não tenho razão de queixa!” (E6)
2.4.1.1.2.	Aspectos negativos	Referência a aspectos negativos do apoio prestado pelos médicos ginecologistas do serviço hospitalar em que foi realizada a IVG	“Ela olha para nós como se nós fôssemos umas assassinas.” (E5)
2.4.1.2. Enfermeiros			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
2.4.1.2.1.	Aspectos positivos	Referência a aspectos positivos do apoio prestado pelos enfermeiros do serviço hospitalar em que foi realizada a IVG	“No geral não tenho razão de queixa.” (E2)
2.4.1.2.2.	Aspectos negativos	Referência a aspectos negativos do	“Outra senhora que também olha para

		apoio prestado pelos enfermeiros do serviço hospitalar em que foi realizada a IVG	mim como se eu fosse uma assassina! ” (E5)
2.4.1.3. Psicóloga-Assistente Social			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
2.4.1.3.1.	Aspectos positivos	Referência a aspectos positivos do apoio psicológico e de assistência social prestado no serviço hospitalar em que foi realizada a IVG	“A consulta de Psicologia foi muito boa! Foi a melhor parte do processo.” (E5)
2.4.2. Outros Profissionais de Saúde			
Descrição			Exemplo
Referência a aspectos relativos ao apoio prestado por profissionais de saúde externos ao serviço e à instituição hospitalar durante o processo de IVG			“eu fui a uma [ginecologista] particular” (E6)
2.5. <u>Razões para não partilhar experiência</u>			
Descrição			Exemplo

Referência a razões pelas quais foi tomada a opção de não compartilhar a experiência de IVG com algumas pessoas próximas			“Porque eu não quero que ninguém se meta na minha vida por isso...” (E3)
3. Planejamento Familiar			
3.1. <u>Contracepção pré-IVG</u>			
<i>3.1.1. No passado</i>			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
3.1.1.1.	Razões para ter interrompido contracepção	Referência às razões pelas quais o recurso a um determinado tipo de contracepção utilizado no passado ter sido interrompido.	“não quero tomar a pílula porque quero engravidar... Quis deixar um tempo” (E5)
<i>3.1.1.2. Tipo</i>			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
3.1.1.2.1	Preservativo	Referência à utilização de preservativo no passado	“(…) e usava, por vezes, preservativo. ” (E5)

3.1.1.2.2.	Pílula	Referência à utilização da pílula no passado	“Há uns anos atrás: pílula” (E4)
<i>3.1.2. Aquando da IVG</i>			
3.1.2.1. Tipo			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
3.1.2.1.1.	Preservativo	Referência à utilização do preservativo aquando da gravidez	“E o que aconteceu foi que o preservativo rebentou.” (E4)
3.1.2.1.2.	Pílula	Referência à utilização da pílula aquando da gravidez	“O que era normal... a pílula.” (E3)
3.1.2.1.3.	Coito interrompido	Referência à utilização do coito interrompido aquando da gravidez	“O homem... tem... como é que hei-de dizer? As palavras... Ou seja... recua, digamos.” (E1)
3.1.2.2. Nenhum método			
Descrição			Exemplo

Referência à inexistência de qualquer tipo de contracepção aquando da gravidez			“Não [nenhum].” (E5)
3.1.3. Contracepção de emergência			
Descrição			Exemplo
Referência à ausência de recurso a contracepção de emergência após o relacionamento sexual desprotegido			“Não. (...) Porque pensava que não ia acontecer nada.” (E2)
3.2. <u>Contracepção pós-IVG</u>			
3.2.1. Actual			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
3.2.1.1.	Razões para a alteração	Referência às razões pela qual houve alteração da contracepção pós-IVG	“Comecei a ter muitas hemorragias e isso tudo.” (E3)
3.2.1.2. Tipo			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
3.2.1.2.1.	Preservativo	Referência à utilização do preservativo	“Que utilizo o preservativo e que tenho

		no período pós-IVG	mais cuidado.” (E5)
3.2.1.2.2.	Pílula	Referência à utilização da pílula no período pós-IVG	“Comecei a tomar a pílula.” (E4)
3.2.1.2.3.	Dispositivo Intra-Uterino	Referência à utilização de um Dispositivo Intra-Uterino no período pós-IVG	“eu pus o DIU” (E6)
3.2.1.2.4.	Sistema Intra-Uterino (Endoceptivo)	Referência à utilização de um Sistema Intra-Uterino no período pós-IVG	“Agora tenho o Mirena®.” (E3)
3.2.2. Avaliação da consulta planeamento			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
3.2.2.1.	Avaliação positiva	Referência a uma avaliação positiva da consulta de planeamento familiar obrigatória	“Sim, sim... [vale a pena]” (E1)
3.2.2.2.	Avaliação negativa	Referência a uma avaliação negativos da consulta de planeamento familiar	“Não necessariamente! O médico aconselhou-me a usar um dispositivo em

		obrigatória	chip... mas eu na altura recusei” (E2)
3.3. <u>Especialidade médico da consulta</u>			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
3.3.1.	<i>Ginecologista da consulta de IVG</i>	Referência à realização do planeamento familiar por parte dos profissionais de saúde do serviço hospitalar em que foi realizada a IVG	“no hospital tinham-me mudado a pílula que eu estava a tomar...” (E2)
3.3.2.	<i>Médico de família</i>	Referência à realização do planeamento familiar por parte do Médico de Família	“Fui ao meu médico, ginecologista (...) Médico de família!” (E4)
3.3.3.	<i>Ginecologista privado</i>	Referência à realização do planeamento familiar por parte de um médico ginecologista privado	“depois na minha médica particular.” (E1)
3.3.4.	<i>Médico sem especificação</i>	Referência à realização do planeamento familiar por parte de um profissional de saúde sem	“Fui. Fui à minha médica.” (E6)

		especificação	
3.3.5.	<i>Razões para não recorrer centro de saúde</i>	Referência às razões pelas quais foi tomada a decisão de não recorrer à consulta de planeamento familiar no Centro de Saúde da respectiva área de residência	“Marcar uma consulta de planeamento familiar em Paredes era a mesma coisa que dizer a toda a gente o que é que se tinha passado.” (E5)
3.4. <u>Maternidade</u>			
3.4.1. <i>Projecto de maternidade</i>			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
3.4.1.1.	Sim	Referência ao desejo de voltar a engravidar no futuro	“Até porque eu quero engravidar ” (E5)
3.4.1.2.	Não	Referência ao desejo de não voltar a engravidar novamente	“Por enquanto não!” (E3)
3.4.1.3.	Razões para não ter mais filhos	Referência às razões pelas quais foi tomada a decisão de não engravidar	“Se tivesse condições de vida mais fáceis, talvez. Mas... assim não poderia ter.” (E6)

		novamente	
3.4.2. Gravidez após IVG			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
3.4.2.1.	Não	Referência à inexistência de uma nova gravidez desde a realização da IVG	“Não. Nunca mais tive vida sexual activa” (E6)
4. Processo de IVG			
4.1. <u>Sensações Físicas</u>			
Descrição		Exemplo	
Referência a sensações físicas experienciadas no decorrer do processo de IVG		“Para mim foi só doloroso. Tive muitas contracções muitas vezes!” (E6)	
4.2. <u>Complicações no processo</u>			
Descrição		Exemplo	
Referência à vivência de complicações médicas associados ao processo de IVG		“mais ou menos passados três meses (...) tive que ir de urgência para a maternidade,	

			quando me fizeram uma raspagem completa.” (E2)
4.3. <u>Razões para a tomada de decisão de IVG no passado</u>			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
4.3.1.	<i>Médicas</i>	Referência a factores médicos envolvidos na tomada de decisão de IVG	“eu não poderia ter engravidado.” (E6)
4.3.2.	<i>Económicas</i>	Referência a factores económicos envolvidos na tomada de decisão de IVG	“Ele não tinha também condições, por isso tinha que ser...” (E6)
4.3.3.	<i>Emocionais</i>	Referência a factores emocionais envolvidos na tomada de decisão de IVG	“E tinha todas as condições para ter a criança só que eu entrei em pânico e não conseguia.” (E5)
4.3.4.	<i>Profissionais</i>	Referência a factores profissionais envolvidos na tomada de decisão de IVG	“Fiz na altura porque trabalhava por turnos...” (E6)
4.3.5.	<i>Relacionais</i>	Referência a factores relacionais envolvidos na tomada de decisão da IVG	“A pessoa [companheiro] não era a correcta.” (E2)

4.3.6.	Outras	Referência a causas sem outra especificação envolvidas na tomada de decisão da IVG	“Não é só isso. Também com problemas pessoais.” (E3)
4.4. Opiniões gerais acerca da prática de IVG			
4.4.1. Espaço			
Descrição			Exemplo
Referência à opinião acerca do espaço comum da realização de IVG, de consultas de obstetrícia, de diagnóstico pré-natal e recém-nascidos no serviço hospitalar em que foi realizada a IVG			“mas eu era uma doente em que, ao meu lado, eu tinha mulheres grávidas e mulheres com uma criança.(...) Isso é que foi desumano!” (E5)
4.4.2. Tempo de espera			
Descrição			Exemplo
Referência à opinião acerca do tempo de espera envolvido no processo de IVG no serviço hospitalar em que foi realizada a IVG			“Acontece que tive alguns problemas na altura, porque foi mesmo muito tempo.” (E2)
4.4.3. Falta de informação			

Descrição			Exemplo
Referência à percepção de falta de informação e divulgação acerca do tema IVG			“Não está muito bem divulgado! ” (E6)
4.4.4. Equipa Multidisciplinar			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
4.4.4.1.	Aspectos positivos	Referência a aspectos positivos acerca da equipa multidisciplinar do serviço em que foi realizada a IVG	“sempre tive apoio, sempre estiveram lá, sempre me atenderam muito bem, não tenho razão de queixa.” (E6)
4.4.4.2.	Aspectos negativos	Referência a aspectos negativos acerca da equipa multidisciplinar do serviço em que foi realizada a IVG	“posso dizer que foi medíocre. Visto que... era um bocadinho... carne para canhão! “Siga a próxima, vamos lá ver se isto está bem feito ou não” e.... siga.” (E2)
4.4.5. Outros			
Descrição			Exemplo
Referência a opinião acerca de questões sem especificação			“facilitismo... também não acho bom que qualquer pessoa possa fazê-lo. ” (E4)

5. Importância da investigação sobre IVG

Descrição	Exemplo
Referência à percepção da importância da investigação sobre a IVG	“É muito importante!” (E6)

6. Acontecimento importantes do último ano

Descrição	Exemplo
Referência a inexistência de acontecimentos ocorridos no último ano que tenham influenciado a adaptação à experiência de IVG	“Tenho... são pequenos momentos... que correm bem! Está... está tudo bem” (E1)

ANEXO VI – Esquematização da Análise do Conteúdo

PARTE II – ESTUDO QUALITATIVO

Objectivo Geral: Compreender a experiência pessoal de uma Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG), a vivência do próprio processo, e o seu impacto na vida da mulher, nomeadamente no que se refere à saúde mental, saúde sexual e reprodutiva, um ano após a sua realização.

Temas gerais	Objectivos Específicos	Questões de Investigação	Categorias (última geração)
Saúde mental	Averiguar ocorrência de mudanças ao nível da saúde mental (alterações sono, apetite, dificuldade em falar sobre e/ou lembrar o acontecimento) após a IVG.	Qual o impacto da IVG ao nível da saúde mental?	1. Impacto da experiência de IVG
	Averiguar existência de sintomatologia psiquiátrica antes e após a IVG		1.1. Saúde Mental
	Averiguar recurso a apoio psiquiátrico ou psicológico		1.1.1. Reacções emocionais pós IVG
	Averiguar consumos (substâncias ilícitas e álcool) na actualidade e no passado		1.1.1.1. Tristeza
			1.1.1.2. Choro
			1.1.1.3. Sofrimento
			1.1.1.4. Arrependimento
			1.1.1.5. Pensamentos
			Recorrentes
			1.1.1.6. Medo problemas engravidar
			1.1.1.7. Necessidade de falar
			1.1.1.8. Alívio
			1.1.1.9. Auto-estima
			1.1.1.10. Não especificadas
			1.1.2. Consumos
			1.1.2.1. Substâncias ilícitas
			1.1.2.1.1. Pré-IVG
			1.1.2.1.2. Pós-IVG
			1.1.2.2. Álcool
			1.1.2.2.1. Pré-IVG

			1.1.2.2.2. Pós-IVG 1.1.3. Apoio Psicológico-Psiquiátrico 1.1.3.1. Pré-IVG 1.1.3.2. Pós-IVG 1.1.3.3. Medicação psiquiátrica 1.1.3.3.1. Pré-IVG 1.1.3.3.2. Pós-IVG 1.1.4. Sem impacto 1.4. Capacidade de coping
Planeamento familiar	Explorar percepção da mulher acerca da importância/pertinência da consulta de planeamento familiar após IVG.	Qual o impacto da experiência de IVG na contracepção e no planeamento familiar?	1. Impacto da experiência de IVG 1.2. Contracepção 1.2.1. Sensibilidade face à experiência IVG 1.2.2. Responsabilidade face contracepção 1.2.3. Informação sobre contracepção 1.2.4. Alteração na utilização de contracepção 1.2.4.1. Sim 1.2.4.2. Não 3. Planeamento familiar 3.1. Contracepção pré-IVG 3.1.1. No passado 3.1.1.1. Razões para ter interrompido contracepção 3.1.1.2. Tipo 3.1.1.2.1. Preservativo 3.1.1.2.2. Pílula
	Avaliar utilização de contraceptivos antes e depois da IVG e explorar a percepção de alteração na utilização de contracepção		
	Averiguar ocorrência de nova gravidez desde a realização da IVG e se existe projecto de maternidade para o futuro. Explorar a influência da IVG nestas decisões		

			3.1.2. Aquando da IVG 3.1.2.1. Tipo 3.1.2.1.1. Preservativo 3.1.2.1.2. Pílula 3.1.2.1.3. Coito interrompido 3.1.2.2. Nenhum método 3.1.3. Contraceção de emergência 3.2. Contraceção pós-IVG 3.2.1. Actual 3.2.1.1. Razões para a alteração 3.2.1.2. Tipo 3.2.1.2.1. Preservativo 3.2.1.2.2. Pílula 3.2.1.2.3. Dispositivo Intra-Uterino 3.2.1.2.4. Sistema Intra-Uterino (Endoceptivo) 3.2.2. Avaliação da consulta planeamento 3.2.2.1. Positiva 3.2.2.2. Negativa 3.3. Especialidade médico da Consulta 3.3.1. Ginecologista da consulta de IVG 3.3.2. Médico de família 3.3.3. Ginecologista privado 3.3.4. Médico sem especificação 3.3.5. Razões para não recorrer centro saúde
--	--	--	--

			3.4. Maternidade 3.4.1. Projecto de maternidade 3.4.1.1. Sim 3.4.1.2. Não 3.4.1.3. Razões para não ter mais filhos 3.4.2. Gravidez após IVG 3.4.2.1. Não
Relações íntimas	Explorar reacção do companheiro e o apoio prestado e o impacto da IVG no relacionamento.	Qual o impacto da IVG na relação com o companheiro?	1. Impacto da experiência de IVG 1.3. Relações Interpessoais 1.3.1. Companheiro durante IVG 1.3.1.1. Relação emocional 1.3.1.2. Funcionamento sexual 1.3.1.2.1. Dificuldades sentidas 1.3.1.2.2. Sem impacto 1.3.1.3. Problemas prévios à IVG 1.3.1.4. Impacto positivo 1.3.2. Novo relacionamento 1.3.2.1. Relação emocional 1.3.2.2. Conhecimento da IVG 2. Suporte social 2.1. Companheiro 2.1.1. Reacção à IVG 2.1.2. Tipo de apoio prestado 2.1.3. Falta de apoio
	Averiguar possíveis alterações no relacionamento sexual do casal		
	Averiguar existência de nova relação e do conhecimento da IVG passada por parte do novo parceiro;		

Relações Interpessoais	Averiguar influência da IVG nas relações interpessoais	Qual a influência da IVG no contacto com as outras pessoas, nas relações interpessoais?	1.3. Relações Interpessoais 1.3.1. Companheiro durante IVG 1.3.1.1. Relação emocional 1.3.1.2. Funcionamento sexual 1.3.1.2.1. Dificuldades sentidas 1.3.1.2.2. Sem impacto 1.3.1.3. Problemas prévios à IVG 1.3.1.4. Impacto positivo 1.3.2. Novo relacionamento 1.3.2.1. Relação emocional 1.3.2.2. Conhecimento da IVG 1.3.3. Filhos 1.3.4. Outros 1.3.5. Sem impacto nos relacionamentos
Suporte Social	Averiguar influência do suporte social na vivência da IVG	Qual a influência do suporte social na vivência do processo de IVG?	2. Suporte social 2.1. Companheiro 2.1.1. Reacção à IVG 2.1.2. Tipo de apoio prestado 2.1.3. Falta de apoio 2.2. Familiares 2.2.1. Grau de Parentesco 2.2.1.1. Mãe 2.2.1.2. Irmã 2.2.1.3. Cunhado 2.2.2. Tipo de apoio prestado 2.3. Amigos 2.3.1. Tipo de apoio prestado 2.4. Profissionais de Saúde
	Avaliar qual o tipo de apoio/suporte prestado durante e após o processo de IVG		

			2.4.1. Profissionais do Serviço 2.4.1.1. Médicos 2.4.1.1.1. Aspectos positivos 2.4.1.1.2. Aspectos negativos 2.4.1.2. Enfermeiros 2.4.1.2.1. Aspectos positivos 2.4.1.2.2. Aspectos negativos 2.4.1.3. Psicólogos-Assistentes Sociais 2.4.1.3.1. Aspectos positivos 2.4.2. Outros profissionais de saúde 2.5. Razões para não partilhar experiência
Posicionamento/ Postura face à IVG	Explorar opiniões prévias e actuais relativamente à IVG. Explorar possível mudança de opinião decorrente da realização da IVG.	Qual a influência da realização de uma IVG no posicionamento da mulher acerca prática de IVG?	1.5. Opinião acerca da IVG 1.5.1. Alterou 1.5.1.1. Para a favor 1.5.2. Não Alterou 1.5.2.1. Não a favor 1.5.2.2. A favor
	Averiguar Mudança nas atitudes após IVG.		
Processo de IVG	Explorar acontecimentos relevantes após IVG e sua influência na vivência da mesma	Como é que a mulher descreve a passagem pelo processo de IVG? Como é que a mulher	

		percepção e descreve a forma como lidou com o processo de IVG?	1.4. Capacidade de coping
	Averiguar circunstâncias de associadas à tomada de decisão de IVG.		4. Processo de IVG
	Averiguar opinião da mulher acerca do processo de IVG		4.1. Sensações físicas
	Avaliar quais as estratégias de coping utilizadas para lidar com a IVG		4.2. Complicações no processo
			4.3. Razões para tomada de decisão IVG no passado
			4.3.1. Médicas
			4.3.2. Económicas
			4.3.3. Emocionais
			4.3.4. Profissionais
			4.3.5. Relacionais
			4.3.6. Outras
			4.4. Opiniões gerais acerca prática IVG
			4.4.1. Espaço
			4.4.2. Tempo espera
			4.4.3. Falta de informação
			4.4.4. Equipa Multidisciplinar
			4.4.4.1. Aspectos negativos
			4.4.4.2. Aspectos positivos
			4.4.5. Outros

ANEXO VII - Resultados relativos à Contracepção pré e pós-IVG

	Contracepção no Passado pré-IVG		Contracepção quando da IVG	Recurso contracepção de emergência	Contracepção 1 ano após a IVG
		Motivo para interromper			
E1	NR	NR	Coito interrompido	Não	Pílula
E2	Pílula	Após término do relacionamento, interrompeu a toma a pílula.	Nenhum	Não	Pílula
E3	NR	NR	Pílula	Não	Implante/Mirena
E4	Pílula	NR	Preservativo	Não	Pílula
E5	Pílula/Preservativo	Efeitos secundários da pílula e tabagismo concomitante e “ [Deixar de usar preservativo] isso na altura foi uma inconsciência”	Nenhum	Não	Preservativo
E6	NR	NR	Preservativo	Não	DIU/Nenhum

NR – Não referido.